

DDG GESCHÄFTSBERICHT 2013

1964, als dieses Bild von mir entstand, trafen sich 29 Diabetologen in Wiesbaden am Rande des Internistenkongresses und gründeten die Deutsche Diabetes Gesellschaft.

1964 lebten in Deutschland schätzungsweise 1,2 Millionen Menschen mit Diabetes. Die durchschnittliche Lebenserwartung mit Typ 1 lag bei 54 Jahren, heute liegt sie bei 81 Jahren.



Inhalt

Editorial	3
Gesundheitspolitik mitgestalten	4
50 Jahre Deutsche Diabetes Gesellschaft	8
Das Diabetes-Kompetenzteam	10
DDG-zertifizierte Behandlungseinrichtungen	12
„Wir kämpfen um jeden Fuß“	14
Leitlinien – eine Kernaufgabe der DDG	16
Ehrungen und Preise 2013	18
Kongresse vernetzen Profis interdisziplinär	22
Diabetes – weltweite Pandemie	24
Diabetes im Gender-Blick: Was ist bei Frauen anders?	26
Mit Steuern Gesundheit fördern und Krankheit verhindern	28
Medienreichweite auf Rekordniveau	30
Dreimal täglich Spritzen	32
„Rosa tut weniger weh“	33
Diabetes bei Migranten	34
DDG-Stellungnahmen 2013	36
diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe	38
Geschäftszahlen	40
Vorstand und Geschäftsführung	44
Gremien	45
Impressum	47

2013 auf einen Blick

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) ist mit über 8.700 Mitgliedern eine der großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in Deutschland. Sie unterstützt Wissenschaft und Forschung, engagiert sich in Fort- und Weiterbildung, zertifiziert Behandlungseinrichtungen und entwickelt Leitlinien. Ziel ist eine wirksamere Prävention und Behandlung der Volkskrankheit Diabetes, von der mehr als sechs Millionen Menschen in Deutschland betroffen sind. Zu diesem Zweck unternimmt sie auch umfangreiche gesundheitspolitische Aktivitäten.

- 5.860 Fachleute besuchen den Diabetes Kongress, 4.329 die Diabetes Herbsttagung
- 97 Ärzte erhalten die Anerkennung „Diabetologe DDG“
- Insgesamt gibt es 4.028 „Diabetologen DDG“ – davon zwei Drittel in Kliniken und ein Drittel in niedergelassenen Praxen
- Fünf Psychologen erhalten die Anerkennung „Fachpsychologe DDG“. Insgesamt gibt es 147 „Fachpsychologen DDG“
- 209 Diabetesberaterinnen, 198 Diabetesassistentinnen und 220 Wundassistentinnen schließen ihre Weiterbildung ab
- Rund 3.400 Diabetesberaterinnen (DDG), 7.100 Diabetesassistentinnen (DDG) und 2.300 Wundassistentinnen (DDG) gibt es insgesamt
- 105 Einrichtungen erhalten die Anerkennung als "Zertifiziertes Diabeteszentrum DDG" – davon 23 Erstanträge. Insgesamt sind es 341
- 49 Einrichtungen erhalten die Anerkennung als „Diabetologikum DDG mit diabetesspezifischem Qualitätsmanagement“ – davon vier Erstanträge. Insgesamt sind es 104
- Erstmals erhalten 13 Einrichtungen das neue Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“ für die Nebendiagnose Diabetes
- 62 „Fußbehandlungseinrichtungen DDG“ werden zertifiziert, von insgesamt 296
- 14 Stellungnahmen und 43 Pressemeldungen zu aktuellen wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Fragestellungen werden veröffentlicht; die Reichweite steigt um 22 % auf 350 Mio. Print-Kontakte
- Die DDG zeichnet 13 Wissenschaftler aus und fördert 32 Projekte mit rund 400.000 Euro

Editorial

Liebe Mitglieder,
liebe Leserin, lieber Leser,

der neue Gesundheitsminister Hermann Gröhe hat sich zunächst das Thema Pflege auf die Fahnen geschrieben. Damit beweist er auf jeden Fall Gespür. Auch wir seitens der DDG arbeiten gerade an neuen Konzepten, um Pflegekräfte besser auf die Betreuung der wachsenden Zahl älterer Menschen mit Diabetes vorzubereiten. Weitere Themen auf der politischen Agenda von Hermann Gröhe haben bislang noch wenig Kontur angenommen: So will er eine bezahlbare Arzneimittelversorgung auf hohem Niveau sichern, die hausärztliche Versorgung stärken und den Qualitätswettbewerb verbessern. Alles wichtige Themen, zu denen die DDG Einiges zu sagen hat und das auch machen wird.

Doch noch sind das alles Pläne. Entscheidend ist die Umsetzung. Dass diese trotz guter Absichten häufig nicht nur lange auf sich warten lässt, sondern dann auch ihr Ziel verfehlen kann, zeigen die wiederholten und vergeblichen Versuche, ein Präventionsgesetz auf den Weg zu bringen. In dieser Legislaturperiode soll es nun Wirklichkeit werden. Hoffentlich besser als zuletzt angedacht.

Auf internationaler Ebene hat es sich längst herumgesprochen, so auch beim jüngsten EU-Gipfel zu den chronischen Krankheiten: Die bisherigen Appelle an die Vernunft des Einzelnen sind gescheitert. Wir brauchen einen Paradigmenwechsel hin zur Verhältnisprävention. Die Raucherkampagne hat es vorgemacht, erst die drastische Erhöhung der Tabaksteuer hat den Anteil der rauchenden Jugendlichen in den letzten zehn Jahren halbiert. Entsprechend ist zu begrüßen, dass inzwischen auch Abgeordnete des Gesundheitsausschusses eine Steuer auf adipogene Lebensmittel und eine Entlastung gesunder Nahrungsmittel fordern.

Noch vor nicht all zu langer Zeit hörte man ein solches Bekenntnis von Bundestagsabgeordneten höchstens unter vier Augen. In die Öffentlichkeit ging man damit nicht, man fürchtete zum Außenseiter zu werden. Allmählich dringt auch die Erkenntnis vor, dass eine „Zucker-Fett-Steuer“, die von der WHO seit Jahren empfohlen wird, ein wichtiger Anreiz für die Hersteller wäre, ihre Rezepturen zu verändern.

Wenn wir es den Menschen nicht einfacher machen, gesund zu leben, Übergewicht vorzubeugen, Diabetes zu vermeiden und – wenn eine Erkrankung vorliegt – eine bestmögliche Blutzuckereinstellung zu erreichen, werden unsere Angebote ins Leere laufen.

Ungelöst ist auch noch immer die Schnittstellenproblematik zwischen den Sektoren, insbesondere von ambulant zu stationär und von Arzt zu Pflege. Wir brauchen eine hausarztzentrierte, patientenorientierte und sektorenübergreifende Versorgung. Dem Patienten ist es egal, ob er nach stationärer oder ambulanter Vergütung behandelt wird, er will optimal versorgt werden und sich nicht zwischen den unterschiedlichen Ebenen und Sektoren verlieren.

Die DDG feiert 2014 ihr 50-jähriges Jubiläum. Die Diabetologie hat in den letzten Jahrzehnten viel erreicht – vor allem in der Wissenschaft und der Behandlung unserer Patienten. Wir merken zunehmend, dass erfolgreiche Forschung, wirksame Prävention, angemessene Früherkennung und bestmögliche Versorgung nur umsetzbar sind, wenn wir uns auch politisch einbringen und versuchen, Rahmenbedingungen aktiv mitzugestalten. In diesem Sinne wird die DDG ihrem Auftrag gemäß mit allen Mitteln daran arbeiten, das Leben unserer Patienten heute und morgen zu verbessern. Das spiegelt auch dieser DDG-Geschäftsbericht für das Jahr 2013 wider.

Viel Vergnügen bei der Lektüre,
mit herzlichen Grüßen
Ihre



PD Dr. Erhard Siegel
Präsident



Dr. Dietrich Garlichs
Geschäftsführer

Gesundheitspolitik mitgestalten

Neue Wege beschreiten und Innovationen schaffen bringt Herausforderungen mit sich. Ob verstärktes politisches Engagement, die Einführung einer neuen Zertifizierung, die Entwicklung von Leitlinien, die Schaffung eines neuen Logos oder die Planung eines 50jährigen Jubiläums – die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) hat auch im Jahr 2013 viele Aktivitäten unternommen, um die Gesellschaft fortzuentwickeln und die Versorgung der Menschen mit Diabetes zu verbessern.

Politisches Instrument: Stellungnahmen

Ein wesentlicher Baustein in der gesundheitspolitischen Arbeit der DDG ist die Herausgabe von Stellungnahmen. Im Jahr 2013 waren dies insgesamt 14 (s. auch S. 36f.), die nach Abstimmung mit den wissenschaftlichen Experten der DDG von der Geschäftsstelle veröffentlicht und verbreitet wurden.

Eine besondere Rolle spielte dabei die von der DDG initiierte und von vier anderen großen wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften unterstützte Stellungnahme zum AMNOG-Verfahren und der Nut-

zenbewertung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie den gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Ziel dieser Stellungnahme war es, dem Institut und der Behörde konstruktive Vorschläge zu machen, um unnötige Streitigkeiten und Fehleinschätzungen in Zukunft zu vermeiden. Fünf methodische Aspekte standen im Mittelpunkt der Forderungen von DDG, Deutscher Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM), Deutscher Gesellschaft für Kardiologie (DGK), Deutscher Krebsgesellschaft (DKG) und Deutscher Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS):

- Die Vergleichssubstanz für eine Nutzenbewertung soll unter Einbeziehung der Fachgesellschaften und unter Beachtung gültiger Behandlungsleitlinien erfolgen.
- Die zu bewertende Fragestellung muss eindeutig und unmissverständlich formuliert werden, so dass auch ein plausibles Ergebnis dabei herauskommen kann.
- Der Zusatznutzen, der im Mittelpunkt der Bewertung steht, muss klar benannt sein.
- Die Auswahl der Gutachter durch das IQWiG sowie deren Rolle muss transparent gemacht werden.
- IQWiG-Entscheidungen sollten sich an geltenden Leitlinien-Empfehlungen orientieren. Ist dies nicht der Fall, muss das begründet werden.

Mit der Umsetzung dieser Vorschläge erwarten sich die unterzeichnenden Fachgesellschaften mehr Transparenz. Diese sei, so die DDG und ihre Partner, notwendig, um „die Akzeptanz der Ergebnisse bei Gesetzgebern, Kostenträgern und Leistungserbringern, aber insbesondere bei Patienten und Angehörigen zu erhöhen.“

Diese Stellungnahme zur Nutzenbewertung wurde an alle Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Bundestages geschickt und mit einer Pressemitteilung breit in die Öffentlichkeit hineingetragen – mit prompter Wirkung:

DDG-Webseite: mehr als 1,5 Million Seitenaufrufe im Jahr.



Nicht nur, dass viele Medien das Thema aufgegriffen haben, das IQWiG selbst reagierte umgehend mit einer eigenen Presseverlautbarung, die zeigte – die Botschaft ist angekommen. Seitdem sucht die DDG immer wieder das Gespräch mit den unterschiedlichen, am AMNOG-Verfahren beteiligten Akteuren, um die konstruktive Zusammenarbeit zwischen Institut, Behörden und Fachgesellschaften zu verbessern. Ökonomische Überlegungen auf der einen, die Interessen der Patienten auf der anderen Seite stehen da häufig in einem Spannungsfeld, das nur im Gespräch aufgelöst werden kann.

Für den Prozess der politischen Meinungsbildung nutzt die DDG verschiedene Kanäle: Neben dem regelmäßigen persönlichen Gespräch mit Bundestagsmitgliedern, dem Bundesgesundheitsministerium, dem G-BA und dem IQWiG ist es die aktive Medienarbeit, die sich insbesondere an Publikums- und meinungsbildende Tagesmedien richtet. So konnte 2013 die Reichweite der Printmedien um 22 % auf 358 Mio. Kontakte gesteigert werden (S. 30). Aber auch die eigenen Internet-Auftritte spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Mehr als 1,5 Millionen Webseitenaufrufe

Die Webseite der Deutschen Diabetes Gesellschaft ist die zentrale Netzwerkplattform für alle, die am Thema Diabetes interessiert sind. Sie wird täglich aktualisiert und kann immer mehr Besucher verzeichnen: Im Jahr 2013 gab es mehr als 1,5 Millionen Seitenaufrufe, täglich greifen zwischen 1000 und 2000 Besucher auf die Seite zu. Und das nicht nur national: Von allen Kontinenten aus wird www.ddg.info angeklickt.

Zu den meistbesuchten Unterseiten zählen die der aktuellen Leitlinien. Sehr gefragt sind auch die Inhalte über die Weiterbildung zur Diabetesberaterin, gefolgt von Informationen rund um den Diabetes Kongress. Wie schon in den Jahren zuvor hat auch die Arztsuche besonders viele Klicks zu verzeichnen. Hier können sowohl Mediziner als auch Patienten fachkundige Diabetologen in ihrer Nähe finden und Informationen über besondere Behandlungsmethoden und Sprechzeiten erhalten.

Seit 2011 ist die DDG auch in sozialen Netzwerken aktiv. Auf Facebook werden regelmäßig Neuigkeiten zum Thema Diabetes gepostet. 2013 nahm die Zahl

Steckbrief der DDG-Webseite

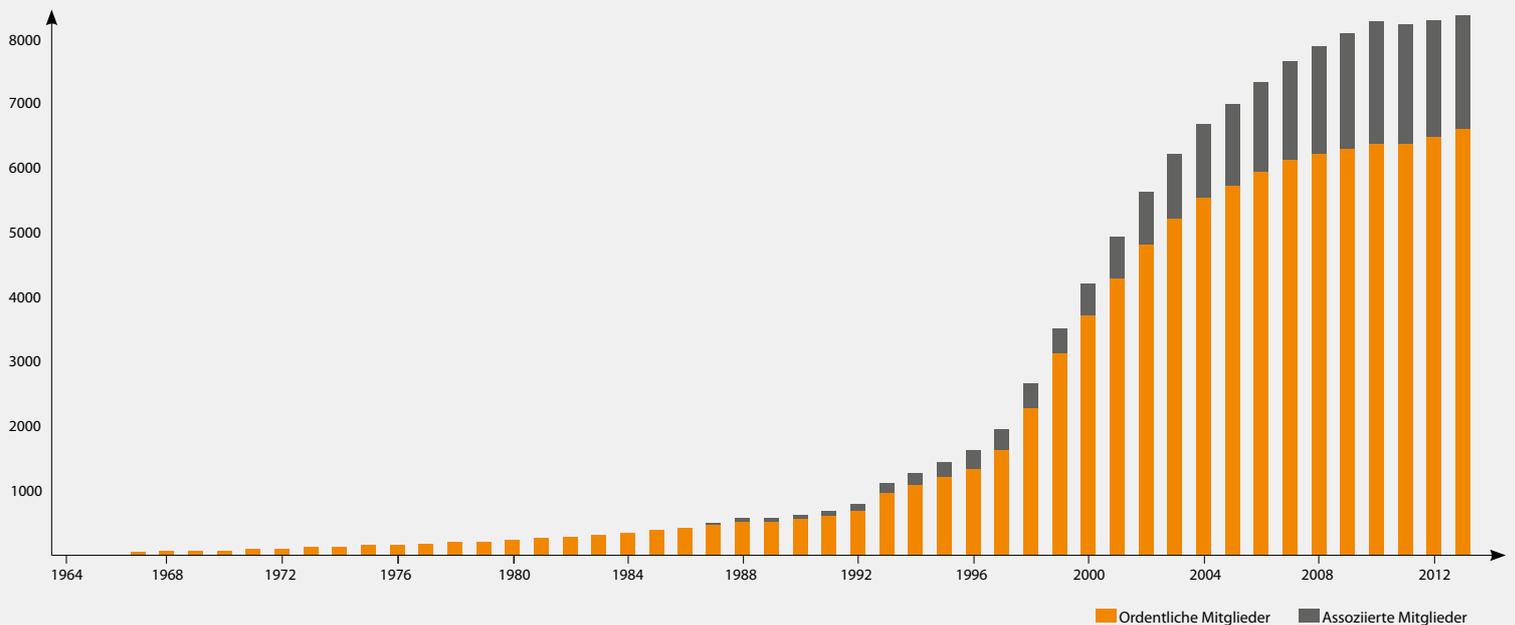
- www.ddg.info
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de
- 1.545.495 Seitenaufrufe
- Durchschnittlich 1.000 bis 2.000 Besucher am Tag
- Besucher aus allen Kontinenten
- Meistbesuchte Seiten:
 - Leitlinien
 - Weiterbildung Diabetesberaterin
 - Diabetes Kongress
 - Arztsuche
- Tägliche Presseschau
- Veranstaltungskalender
- Hospitationsbörse
- Vernetzung
 - Facebook
 - Twitter

der Fans um mehrere Hundert zu. Derzeit sind es über 1000, Tendenz steigend. Auch bei Twitter ist die DDG vertreten. Hier erhalten die mittlerweile knapp 300 „Follower“ neben der aktuellen Presseschau alle News im Überblick.

S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes

Jeder achte Mensch mit Diabetes mellitus leidet an einer Depression, jeder dritte Patient weist eine erhöhte Depressivität auf. Bleiben psychische Erkrankungen unerkannt und unbehandelt, verhindern sie meist eine gute Diabeseinstellung, erhöhen das Risiko für Folgeerkrankungen und verkürzen die Lebenserwartung. Die neue S2-Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ soll die Erkennung psychosozialer Probleme und psychischer Erkrankungen, deren Behandlung und die Schulung der Betroffenen verbessern. Der praxisnahe Leitfaden ist die weltweit erste Leitlinie dieses Fachgebietes.

Die Themen sind breit und reichen von psychosozialen Problemen im Zusammenhang mit Diabetes und der Diabetesschulung bis hin zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Demenz und Schizophrenien. Für die Erstellung der Leitlinie haben sich sieben führende Experten aus der Diabetologie, Psychosomatik, Psycho-



Entwicklung der Mitgliederzahlen: 8749 Mitglieder, 6884 ordentliche und 1865 assoziierte

logie und Psychiatrie fachübergreifend zusammenge-
funden. Die DDG hat den Leitlinienprozess adminis-
trativ und organisatorisch begleitet. Eine englische
Übersetzung, eine Kurzfassung als Praxisversion sowie
eine Patientenleitlinie sind ebenfalls erschienen. ([www.
ddg.info/leitlinien.html](http://www.ddg.info/leitlinien.html))

Neue Zertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeignet“

Die Zertifizierung „Klinik für Diabetespatienten geeig-
net (DDG)“ wurde in 2013 erstmals verliehen: Als erste
Klinik in Deutschland erhielt das Jüdische Krankenhaus
Berlin die Zertifizierungsurkunde. Die Zertifizierung
richtet sich an Krankenhäuser, die über keine DDG-zer-
tifizierte fachdiabetologische Abteilung verfügen und
welche die Versorgung von Patienten mit der Neben-
diagnose Diabetes verbessern wollen. Inzwischen sind
13 Einrichtungen zertifiziert, weitere Anträge liegen
der DDG vor.

Eine der großen Fachgesellschaften in Europa

Ende 2013 hatte die DDG 8749 Mitglieder, die sich in
der Fachgesellschaft für Diabetes engagieren, davon
6884 ordentliche und 1865 assoziierte Mitglieder, die
überwiegend aus der Gruppe der diabetologischen As-
sistenzberufe kommen. Die DDG gehört damit zu den
großen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesell-
schaften in Europa.

Seit ihrer Gründung 1964 wuchs die DDG kontinuier-
lich. Während es in den ersten drei Jahrzehnten kleine
Wachstumsraten waren, die die Gesellschaft bis 1990
knapp an die 1000er Grenze heranführten, gab es in
den 90er Jahren einen sprunghaften Anstieg: Jedes
Jahr kamen von nun an mehrere Hundert Mitglieder
dazu. Das hat mit dem Zusammenschluss der Diabetes
Gesellschaft der DDR und der DDG zu tun und mit der
zunehmenden Weiterbildung von Diabetologen (ab
1995), Diabetesberaterinnen (ab 1983) und Diabete-
sassistentinnen (ab 1994).



Logo-Entwicklung der DDG von den Anfängen bis heute

DDG-Mitglieder wissen, weshalb sie ihrer Fachgesellschaft treu bleiben. Rund zwei Drittel aller Mitglieder sind länger als zehn Jahre in der DDG. Sie schätzen die Weiterbildungs- und Zertifizierungsangebote, den Austausch auf den Kongressen, die Leitlinienarbeit und Forschungsförderung und die Öffentlichkeitsarbeit für eine Verbesserung der Diabetes-Versorgung.

Neues Logo: modern, klar und gut wiederzuerkennen

Einfach, unverwechselbar, einprägsam, verständlich und gut reproduzierbar – das sind die Kriterien, die ein Logo erfüllen muss. Die DDG hat ihr ursprüngliches Logo, das in den Jahren 2006 und 2011 behutsam modifiziert worden war, 2013 modernisiert. Dabei war es wichtig, eine gewisse Beständigkeit zu erhalten und zugleich mutige Neuerungen zuzulassen. Die Gründe für das Redesign des DDG Logos liegen nicht nur darin, dass jedes Logo und jedes Corporate Design gewissen Alterungsprozessen unterliegen. Vor allem praktische Gründe haben das Redesign unumgänglich gemacht: Das Logo mit den Viertelkreis-Elementen war auf dunklen und auch auf farbigen Hintergründen schlecht erkennbar. Dadurch dass die Markenbildung der DDG heute jedoch sehr viel intensiver betrieben wird als in der Vergangenheit, muss das Logo viele unterschiedliche Einsatzzwecke erfüllen. Bei der Neugestaltung des Logos wurde bewusst auf bestehende und gut eingeführte Merkmale des DDG Corporate Design zurückgegriffen.

Auch das Jubiläumsjahr 2014 hat seine Schatten vorausgeworfen und die Geschäftsstelle intensiv beschäftigt: So entstand neben dem neuen DDG-Logo gleich noch ein Jubiläums-Logo, das nur auf Basis des neuen schlanken, klaren Logos möglich wurde. Außerdem liefen 2013 die Vorbereitungen für die DDG Festschrift zum 50-jährigen Jubiläum an, die einen vielschichtigen Einblick in die Entwicklung der Diabetologie und der DDG geben wird.

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft schreibt anlässlich ihres 50-jährigen Jubiläums 2014 drei mit einem Preisgeld in Höhe von insgesamt 6000 Euro dotierte Medienpreise aus. Die Preise werden in drei Kategorien (jeweils dotiert mit 2000 Euro) vergeben, für die sich Journalistinnen und Journalisten der Mediengattungen Print, Online und Hörfunk/Fernsehen mit ihren Beiträgen bewerben können. Besonders gewünscht sind Berichterstattungen über diagnostische und therapeutische Verfahren sowohl bei Diabetes Typ 1 als auch Diabetes Typ 2, sowie Beiträge, die sich mit den Themen Lebensstil und Prävention des Diabetes befassen.

Ausgezeichnet werden Journalistinnen und Journalisten, die das Thema kompetent aufarbeiten, eingehend analysieren und dabei auf das Krankheitsbild Diabetes mellitus fokussiert bleiben. Prämiert werden Beiträge, denen es gelingt, eine breite Öffentlichkeit über Diabetes mellitus aufzuklären und ein Bewusstsein für diese Krankheit zu schaffen.

In das Auswahlverfahren einbezogen werden Presseveröffentlichungen (Print und Online), sowie Beiträge aus Hörfunk und Fernsehen, die zwischen dem 1. Januar 2013 und dem 31. Juli 2014 publiziert wurden und einem breiten Publikum in Deutschland Informationen aus dem Gebiet der Diabetologie vermitteln. Wissenschaftliche Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften sind ausdrücklich nicht in das Vergabeverfahren einbezogen.

Den Wettbewerbsbeitrag sowie einen kurzen tabellarischen Lebenslauf des Bewerbers/der Bewerberin nimmt bis zum 31. Juli 2014 die Pressestelle der DDG entgegen. Über die Auswahl der Gewinner entscheidet eine Jury unter Leitung der DDG. Die Preisvergabe wird auf der Herbsttagung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (21. – 22. November 2014 in Leipzig) erfolgen. Die persönliche Teilnahme der Preisträger ist ausdrücklich erwünscht.



Weitere Informationen finden Sie unter:
www.ddg.info/ueber-uns/aktuelle-ausschreibungen



50 Jahre Deutsche Diabetes Gesellschaft

Zur Zeit der Gründung der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) 1964 waren die Ziele wie folgt formuliert: „Förderung wissenschaftlicher Arbeiten, Klärung sozialmedizinischer Fragen, Verleihung wissenschaftlicher Preise und Organisation von Kongressen.“ Wo sehen Sie heute den Hauptakzent?

Erhard Siegel Wir stehen vor gewaltigen Veränderungen mit berufs- und gesundheitspolitischen Dimensionen. Diese Veränderungen müssen wir in unsere zukunftsorientierte Betrachtung einbeziehen. Die DDG ist eine Fachgesellschaft, die wirklich Interdisziplinarität bietet. In der systematischen Weiterbildung in der gesamten Diabetestherapie, einschließlich der Pflege, müssen wir weiterhin eine aktive Rolle spielen. Im Rahmen einer nationalen Diabetes-Strategie, wie sie die UNO und die WHO seit Langem fordern, sind darüber hinaus der Aufbau transsektoraler Versorgungsstrukturen, Versorgungsforschung und Qualitätssicherung dringend notwendig.

Dietrich Garlichs Die Zahl der Menschen mit Diabetes steigt kontinuierlich an. Dennoch hat die Diabetologie in Politik, Forschung, Lehre und Ausbildung nicht die Bedeutung, die sie haben müsste: Die Anzahl diabetologischer Lehrstühle nimmt ab und damit auch die Anzahl der Studenten, die am Ende ihrer Ausbildung eine diabetologische Ausbildung erfahren haben. Deshalb müssen wir uns stärker in der Gesundheitspolitik engagieren. Die Gesundheitspolitik hat inzwischen eine solche Wirkung auf alle Tätigkeitsfelder unserer Fachgesellschaft, dass man in ständigem Dialog mit ihr sein muss. Das gilt für die Entscheidungen des G-BA bei der Bewertung neuer Arzneimittel ebenso wie für die Aufgabe, die dringend erforderliche sektorenübergreifende Kooperation in der Versorgung der Patienten zu verbessern.

Sie beide betonen, dass für die DDG in Zukunft die gesundheitspolitische Ausrichtung weiter an Bedeutung gewinnen wird. Was hat die DDG bislang gesundheitspolitisch bewirken können?

Dietrich Garlichs Die DDG fängt gerade damit an, sich auch gesundheitspolitisch stärker zu profilieren. Wir sind heute schon im ständigen Gespräch mit dem Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages, dem Bundesgesundheitsministerium, den Verantwortlichen im Gemeinsamen Bundesausschuss, der Kassenärztli-

chen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausesgesellschaft. Nur das kontinuierliche Bohren dicker Bretter kann in der Gesundheitspolitik zum Erfolg führen. Mittelfristiges Ziel sollte es sein, eine nationale Diabetesstrategie in der nächsten Koalitionsvereinbarung verankert zu haben.

Es wird in den letzten Jahren viel über den Zustand unserer „modernen Versorgungsstrukturen“ diskutiert. Der Gesundheitsökonom Eberhard Wille hat unlängst in einem Gutachten moniert, dass es ungelöste Schnittstellenprobleme in der deutschen Gesundheitsversorgung gebe. Welche Position bezieht die DDG zu diesem Thema?

Erhard Siegel Die sektorenübergreifende Schnittstellenproblematik in der deutschen Gesundheitsversorgung ist immer noch ungelöst. Ambulanter, stationärer sowie ärztlicher Bereich und Pflege arbeiten kaum vernetzt miteinander, sondern häufig aneinander vorbei. Dabei bedarf es einer hausarzt- und patientenzentrierten, flächendeckenden und sektorenübergreifenden Versorgung – sprich: Wir brauchen eine ganz neue Versorgungslandschaft, die integrierte Versorgung flächendeckend implementiert. Denn dem Patienten ist es egal, ob er nach stationärer oder ambulanter Vergütung behandelt wird, er will optimal behandelt werden und sich nicht zwischen den unterschiedlichen Ebenen und Sektoren verlieren.

Vonseiten der Kostenträger ist die Bereitschaft zum Initiieren neuer Versorgungskonzepte allerdings heute so gering wie lange nicht. Die Politik muss Anreize schaffen, um sektorenübergreifende und populationsorientierte Versorgungsprojekte zu entwickeln.

Zwei Drittel der Männer und die Hälfte der Frauen in Deutschland sind übergewichtig. Typ-2-Diabetes, früher unter dem Begriff „Altersdiabetes“ bekannt, betrifft immer häufiger auch junge Menschen. In einigen europäischen Ländern wird versucht, über höhere Preise für ungesunde Nahrungsmittel gegenzusteuern. Wie positioniert sich die DDG zu dieser Fragestellung?

Dietrich Garlichs Eine Zucker-Fett-Steuer bzw. eine Steuer auf adipogene Lebensmittel ist eine sehr sinnvolle Sache. Gleichzeitig sollten gesunde Lebensmittel steuerlich entlastet werden, sodass es per Saldo keine Steuer Mehrbelastung gibt. Die bisherigen Appelle an

Auch Deutschland braucht eine Nationale Diabetesstrategie, um den aktuellen Versorgungsstand zu analysieren, Schwachstellen und Versorgungslücken zu identifizieren und Lösungsmöglichkeiten für eine verbesserte Prävention, Versorgung und Forschung des Diabetes zu entwickeln.



Dietrich Garlichs und Erhard Siegel, Geschäftsführer und Präsident der DDG

die Vernunft des Einzelnen sind gescheitert. Die Informationsarbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat gegen die oft irreführende Werbung der Lebensmittelindustrie keine Chance. Aber selbst wenn die komplizierte Nährwertkennzeichnung verstanden wird und die Menschen wissen, was in verarbeiteten Lebensmitteln enthalten ist, führt dies noch lange nicht zu einer Verhaltensänderung. Hinzukommen muss ein deutliches Preissignal, wie wir aus den Erfolgen der Tabakkampagne wissen. Erst die drastische Erhöhung der Tabaksteuer hat bewirkt, dass der Anteil der rauchenden Jugendlichen in den letzten zehn Jahren um die Hälfte zurückgegangen ist. Ausserdem ist die Zucker-Fett-Steuer, die international seit Jahren gefordert wird, ein richtiger Anreiz für die Lebensmittelindustrie, ihre Rezepturen zu verändern.

Weiterbildung und Schulung sind Kernaufgaben der DDG. Gibt es neue Weiterbildungs-Terrains, die die DDG entwickeln möchte?

Erhard Siegel Die DDG bildet sehr erfolgreich unterschiedliche Berufsgruppen weiter und bietet Zertifizierungen für spezialisierte Einrichtungen. Seit 2013 gibt es jetzt das Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“. Das ist speziell für Patienten, die Diabetes als Nebendiagnose ins Krankenhaus mitbringen und sicher gehen wollen, dass diabetologische Kompetenz auch angewandt wird, wenn eine Hüft-OP oder ein Ein-

griff am Auge ansteht. In einer alternden Gesellschaft mit immer mehr Menschen, die an Diabetes leiden, wird seitens der DDG auch die Qualifizierung der Pflege wichtiger. Auch dazu gibt es erste Initiativen.

Sie haben viele wichtige Zukunftsaufgaben der DDG benannt: Was sind die dringlichsten Herausforderungen?

Dietrich Garlichs Eine systematische Früherkennung von Risikopatienten und eine kooperative Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Diabetologen und Klinik. Damit ausreichend Zeit und Finanzen für die Behandlung des Diabetespatienten zur Verfügung stehen, sollte durch eine wirkungsvolle Primärprävention außerhalb des Medizinsektors der Zustrom an neuen Diabetespatienten gebremst werden.

Was sollte zum 100. Geburtstag der DDG unbedingt über diese Fachgesellschaft gesagt werden können?

Erhard Siegel Zum 100. Geburtstag der DDG wünschen wir uns, dass die Diabetesepidemie durch wirksame Präventionskonzepte zurückgedrängt worden ist und der Diabetes geheilt werden kann.

Eine Lang-Fassung des Interviews können Sie in der Festschrift der DDG zu ihrem 50-jährigen Jubiläum nachlesen.

Das Diabetes-Kompetenzteam

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft hat in den letzten 30 Jahren ein schlüssiges und im europäischen Kontext wettbewerbsfähiges Bildungsangebot geschaffen, das hohen Qualitätsanforderungen genügt und stetig weiter entwickelt wird. In jüngster Zeit wurde die diabetesspezifische Fachqualifikation im Bereich ambulanter Pflege, die Diabetes Pflegefachkraft des

Instituts für innovatives Gesundheitsmanagements (IIGM) durch den Ausschuss QSW zertifiziert. Die DDG legt im Hinblick auf ihr Bildungsangebot größten Wert auf wissenschaftliche Standards und Unabhängigkeit. Alle Weiterbildungsangebote sind frei von Industriefinanzierung und werden allein durch die Teilnehmergebühren getragen.

Regionale Verteilung der Diabetologen DDG

Diabetologe DDG



Die DDG bietet Fachärzten die Möglichkeit einer qualitätsorientierten und fachlich intensiven Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Diabetologe DDG. Hierzu müssen die Interessenten eine 24-monatige Praxiszeit in DDG-zertifizierten Einrichtungen nachweisen und darüber hinaus Präsenzseminare zur klinischen Diabetologie und Patientenkommunikation besuchen. Kürzlich wurde ein umfangreiches „Kursbuch Klinische Diabetologie“ als Kursunterlage veröffentlicht.

Jährlich finden an wechselnden Orten in Deutschland zwei Kurse zur „Klinischen Diabetologie“ für die Zielgruppen Internisten und Allgemeinmediziner statt. Alle zwei Jahre wird zusätzlich ein Kurs mit dem Schwerpunkt Pädiatrie angeboten. Aktuell gibt es etwa 4.000 aktive Diabetologen/-innen DDG. Gleichwohl setzt sich der Ausschuss sehr für die Nachwuchsgewinnung und -förderung ein, da in der aktuellen medizinischen Grundausbildung der Diabetes nur eine untergeordnete Rolle spielt und mit einer steigenden Anzahl an Diabetespatienten zu rechnen ist. Erklärtes Ziel ist es, junge Ärzte zu begeistern, um langfristig ausreichend Fachpersonal für die Versorgung der wachsenden Patientenzahl zu haben.

Fachpsychologe DDG

Um eine qualifizierte psychologische Betreuung und Behandlung von Menschen mit Diabetes zu fördern und die damit verbundenen psychischen Belastungen und Störungen optimal zu behandeln, wurde von der Arbeitsgemeinschaft „Diabetes und Psychologie“ in der DDG eine spezifische Weiterbildung initiiert. Die Teilnehmer erwerben Kenntnisse und Fertigkeiten in diabetesspezifischen psychologischen Therapieangeboten und diabetologisches Fachwissen. Die Weiterbildung umfasst ein 80-stündiges strukturiertes Curriculum (Seminare, Falldokumentationen und Hospitationsberichte) und eine 2-wöchige Hospitation. Derzeit sind etwa 150 Kolleginnen und Kollegen zertifiziert.

Medizinisches Assistenzpersonal

Der nicht heilbare, fortschreitende Charakter der Erkrankung, die viele Folgeerkrankungen nach sich ziehen kann, macht eine fachlich kompetente sowie pädagogisch und psychologisch ausgerichtete Betreuung durch das diabetologische Team notwendig. So sind die Diabetesberaterinnen, -assistentinnen und Wundassistentinnen ein unverzichtbarer Teil im diabetologischen Versorgungsteam.

Bundesland	Diabetologen DDG	Einwohner je Diabetologe DDG
Brandenburg	89	28.040
Mecklenburg-Vorpommern	61	26.798
Sachsen-Anhalt	87	26.589
Niedersachsen	301	26.290
Berlin	144	24.318
Thüringen	94	23.630
Hamburg	83	21.672
Bremen	31	21.332
Schleswig-Holstein	134	21.176
Baden-Württemberg	518	20.822
Bayern	611	20.615
Sachsen	207	19.985
Hessen	316	19.278
Nordrhein-Westfalen	963	18.527
Saarland	57	17.778
Rheinland-Pfalz	270	14.811

Die Anzahl der Einwohner je Diabetologe.

Diabetesberaterin DDG

Der erste Kurs zur Diabetesberaterin DDG fand 1983 unter der Leitung von Professor Berger an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf statt. Seitdem wird die Weiterbildungsordnung ständig weiterentwickelt. So wurde das Curriculum Diabetesberaterin DDG 2011 mit dem Weiterbildungs-Innovationspreis des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) ausgezeichnet. Mittlerweile fanden bis Ende 2013 über 150 Kurse statt, insgesamt gibt es rund 3.400 ausgebildete Diabetesberaterinnen DDG. Zur Zeit bieten sechs Weiterbildungsstätten in Deutschland (Trier, Rheine, Regensburg, Jena, Bad Mergentheim und Traunstein) die Weiterbildung zur Diabetesberaterin DDG nach einem einheitlichen Curriculum an.

Diabetesassistentin DDG

Diabetesassistentinnen DDG sind vor allem für die Schulung und Behandlung von Menschen mit Typ-2-Diabetes qualifiziert. 2012 wurde eine vollständige Überarbeitung des Curriculums vorgenommen. Bis Ende 2013 wurden rund 7.100 Teilnehmerinnen qualifiziert. Zurzeit bilden 13 Weiterbildungsstätten aus (Bad Segeberg, Dippoldiswalde, Essen, Gießen, Heringsdorf, Hohenmölsen, Leipzig, Merzig/Besseringen, Regensburg, Reutlingen, Rheine, Sinsheim und Weimar).

Wundassistentin DDG

Ziel dieser Weiterbildung ist es, Menschen mit einem diabetischen Fußsyndrom professionell zu betreuen. Sie erfüllt die Voraussetzung für den Nachweis der Kompetenz in der Wundversorgung, die von der DDG auch zur Zertifizierung einer Behandlungseinrichtung gefordert wird. In insgesamt acht Weiterbildungsstätten (Bad Mergentheim, Jena, Köln, Quedlinburg, Radolfzell, Regensburg, Rheine und Trier) wurden bis Ende 2013 rund 2.300 Wundassistentinnen DDG ausgebildet.



Die aktuellen Kurstermine der DDG sowie die Kursorte finden Sie unter: www.ddg.info/weiterbildung

DDG-zertifizierte Behandlungseinrichtungen

Diabetes ist eine vielschichtige Erkrankung, deren Behandlung große Expertise erfordert. Doch wie können Patienten erkennen, dass eine Praxis oder Klinik über entsprechende Kompetenz verfügt? Die Zertifizierungen der DDG bieten eine klare Orientierung. Patienten, die sich in DDG-zertifizierte Kliniken und Praxen begeben, können sicher sein, leitliniengerecht auf höchstem Qualitätsniveau behandelt zu werden.

Diabeteszentrum und Diabetologikum DDG

Die DDG bietet verschiedene Zertifikate an, die Behandlungseinrichtungen in die Lage versetzen, ihre besondere Kompetenz in der Behandlung des Diabetes auszuweisen. Es ist Aufgabe des Ausschusses QSW, die Anerkennungsverfahren zu definieren, zu strukturieren, umzusetzen und weiterzuentwickeln. So haben sich die Kriterien der Anerkennung wie auch die Namensgebung der unterschiedlichen Zertifikate im Laufe der Zeit mehrfach geändert. Seit 2005 zertifiziert die DDG diabetesspezifische Behandlungseinrichtungen nach Stufe 1 und Stufe 2. Dabei entspricht Stufe 1 dem „Zertifizierten Diabeteszentrum DDG“ (341 Einrichtungen) und Stufe 2 dem „Zertifizierten Diabeteszentrum Diabetologikum DDG“ (104 Einrichtungen). Beide Verfahren sind mit Qualitätskriterien hinterlegt, die auf nationalen und internationalen Leitlinien basieren. Sie können auch im Hinblick auf eine pädiatrische Spezialisierung erworben werden.

Bundesland	Behandlungseinrichtungen	Einwohner je Einrichtung
Niedersachsen	19	416.500
Mecklenburg-Vorpommern	5	326.946
Thüringen	7	317.317
Saarland	4	253.388
Baden-Württemberg	43	250.842
Brandenburg	12	207.969
Berlin	17	205.992
Bayern	62	203.159
Schleswig-Holstein	15	189.176
Hessen	35	174.060
Sachsen	24	172.377
Bremen	4	165.325
Sachsen-Anhalt	14	165.234
Hamburg	13	138.372
Nordrhein-Westfalen	133	134.150
Rheinland-Pfalz	36	111.086

Seit 2013 Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet“

In 2013 wurde erstmals das Zertifikat „Klinik für Diabetespatienten geeignet (DDG)“ vergeben. Es soll die Versorgungsqualität für Patienten sichern, die wegen einer anderen Erkrankung ins Krankenhaus kommen – z. B. für eine Hüftoperation – deren Diabetes dabei aber als „Nebendiagnose“ beachtet werden muss. Das trifft jährlich auf mehr als zwei Millionen Menschen zu. Es gibt Kliniken in Deutschland, die in der Betreuung von Diabetespatienten hervorragend sind. Es gibt aber auch Krankenhäuser, die überhaupt kein Diabetesmanagement anbieten und in denen die Beurteilung des gesamten Stoffwechsels erheblich vernachlässigt wird. Ein Missstand und ein Qualitätsproblem, auf das die DDG reagiert hat. Die Nebendiagnose muss über den gesamten Behandlungsprozess berücksichtigt werden. Auf allen Stationen ist pro Schicht die Anwesenheit eines diabetologisch versierten Arztes vorgeschrieben. Pflicht ist auch eine patientengerechte Dokumentation zur Blutzuckermessung und zur Umsetzung der Therapie. Bei der Selbstdokumentation werden die Patienten unterstützt. Bisher wurden bereits 13 Kliniken zertifiziert, Tendenz steigend.

Fußbehandlungseinrichtung DDG

Der Diabetische Fuß, von dem 25 Prozent der Diabetespatienten im Laufe ihres Lebens einmal betroffen sind, ist verantwortlich für eine hohe Zahl an Amputationen, die bei rechtzeitiger und fachgerechter Therapie zu einem großen Teil vermieden werden könnten. Dies war für die AG Diabetischer Fuß der Anlass, über eine Zertifizierung zur „Fußbehandlungseinrichtung DDG“ nachzudenken. 2003 wurde das Zertifizierungsverfahren ins Leben gerufen und seitdem äußerst erfolgreich durchgeführt. Die Zertifizierung zeichnet sich durch einen interdisziplinären Ansatz aus: Neben Diabetologen sind Vertreter der Fachgruppen Orthopädie, Chirurgie, Schuhversorgung, Wundmanagement und Podologie einbezogen und stehen so für eine umfassende, über die ärztliche Behandlung hinausgehende leitliniengerechte Versorgung der Patienten. Die AG ist mit den regionalen Fußnetzen eng vernetzt und auch im internationalen Kontext durch die Beteiligung an der Diabetic Food Study Group des EASD aktiv. Aktuell sind in Deutschland 215 ambulante und 81 stationäre Fußbehandlungseinrichtungen zertifiziert. Die aus den Zertifizierungsverfahren generierten Evaluationsdaten werden kontinuierlich ausgewertet.

Bundesland	Fußeinrichtungen	Einwohner je Einrichtung
Saarland	1	1.013.352
Niedersachsen	8	989.187
Baden-Württemberg	11	980.566
Mecklenburg-Vorpommern	2	817.367
Sachsen-Anhalt	3	771.093
Schleswig-Holstein	4	709.410
Brandenburg	4	623.908
Sachsen	7	591.007
Bayern	22	572.540
Hessen	16	380.757
Rheinland-Pfalz	15	266.607
Thüringen	9	246.802
Nordrhein-Westfalen	104	171.557
Berlin	22	159.176
Hamburg	14	128.488

Für die Anerkennung als „Diabetologikum DDG“ wird ein externer Auditor eines anerkannten Qualitätsmanagementunternehmens hinzugezogen. Bescheinigt er, dass die Strukturen und Prozesse der Einrichtung den definierten Qualitätsmaßstäben der DDG entsprechen, und wird die Versorgung der Patienten außerdem durch ein diabetesspezifisches Qualitätsmanagement abgesichert, erfolgt eine Zertifizierung als „Diabetologikum DDG“. Alle Anerkennungen gelten jeweils für drei Jahre und müssen danach erneuert werden.

Zertifizierte Einrichtungen DDG

Geprüfte Qualität

Die Zertifikate der DDG garantieren ein hohes Niveau der Therapie des Diabetes und machen diese Qualitätsstandards auch nach außen für Patienten, Fachleute sowie Kostenträger sichtbar. Wesentliche Voraussetzungen für die Anerkennung sind qualifiziertes Personal, Kooperationen mit anderen Behandlern, qualitätsgesicherte Labormethoden, adäquate Räumlichkeiten für die Diagnostik, Therapie und Schulungen der Patienten, ausreichende Behandlungszahlen von Patienten und der Nachweis, dass diese leitliniengerecht behandelt werden. Pädiatrische Einrichtungen müssen zusätzlich spezielle Kompetenzen und Strukturen für die Behandlung von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern nachweisen.



- Diabeteszentrum DDG
- Diabetologikum DDG
- Fußbehandlungseinrichtung DDG
- Klinik für Diabetes-Patienten geeignet



Weitere Informationen finden Sie unter:
www.ddg.info/zertifizierung

„Wir kämpfen um jeden Fuß“ —

Die Stimmung im Behandlungszimmer ist ausgezeichnet. „Ich habe DNOAP, ja, notieren Sie das ruhig, D – N – O – A – P, diabetische Neuroosteoarthropathie!“, ruft einer der Patienten und zeigt auf seinen linken Fuß. „Stellen Sie sich vor, meinem Cousin hat man aus demselben Grund den Fuß abgenommen, dabei muss das gar nicht sein, wie man sieht!“ Ein anderer älterer Herr präsentiert stolz seinen speziellen Schuh, der entfernt an einen Skistiefel aus Leder erinnert. „Seit ich den habe, kann ich wieder Auto fahren“, erklärt er, „ich kann Ihnen gar nicht sagen, was das für ein Hochgefühl ist!“ Während die Patienten sich unterhalten, untersucht Professor Dr. med. Ralf Lobmann gemeinsam mit einer Wundschwester eingehend ihre Füße. Der Ärztliche Direktor der Klinik für Endokrinologie, Diabetologie und Geriatrie am Stuttgarter Bürgerhospital ist zufrieden. „Kommen Sie nächste Woche wieder“, bittet er die beiden.

Alle 15 Minuten eine Fußamputation

Am Diabetischen Fußsyndrom leiden rund 240.000 Menschen in Deutschland. Im Diabetischen Fuß-Zentrum „InDiZ“ am Bürgerhospital wird diese Folgekrankheit aufwendig behandelt. Aus gutem Grund – denn bisher werden bundesweit Jahr für Jahr rund 50.000 Extremitäten amputiert. Bei der Hälfte dieser Operationen handelt es sich um sogenannte Majoramputationen oberhalb des Sprunggelenks, die drastische Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten haben. Schlimmer noch: Mehr als der Hälfte der Betroffenen wird innerhalb der folgenden vier Jahre auch der zweite Fuß abgenommen.

„Statistisch gesehen wird also in Deutschland alle 15 Minuten wegen Diabetes amputiert“, fasst Professor Ralf Lobmann zusammen, „dabei gehen wir davon aus, dass mehr als die Hälfte dieser Amputationen durch die entsprechende Pflege und Behandlung vermieden werden könnten.“ Warum das bisher nicht geschieht, ist leicht zu beantworten: Bei einer Amputation bleibt der Patient rund 21 Tage in der Klinik, bei der Fußbehandlung sind es durchschnittlich 42 Tage. „Chirurgie wird gut bezahlt, Pflege nicht“, resümiert Professor Lobmann. Gemeinsam mit Kollegen aus ganz Deutschland kämpft er deshalb gegen den Kostendruck, gegen unnötige Amputationen und für eine bessere Versorgung der Betroffenen.

Über 20 Jahre AG Fuß

1992 haben sich Gefäßchirurgen, Schuhmacher, Diabetologen, Wundschwestern, Mikrobiologen, Dermatologen und Podologen zur Arbeitsgemeinschaft Fuß der Deutschen Diabetes Gesellschaft zusammengefunden. „Es gibt keinen einzelnen „Fuß-Guru“. Erfolgreich sind wir nur gemeinsam“, sagt Professor Lobmann. Er selbst praktiziert den interdisziplinären Ansatz erfolgreich in der Fußbehandlungseinrichtung seiner Klinik. Dort kümmern sich drei Wundmentorinnen, eine Podologin, mehrere externe Schuhmacher und verschiedene Ärzte gemeinsam um die Patienten – genau wie es die Zertifizierung für ambulante und stationäre „Fußbehandlungseinrichtungen DDG“ vorsieht, die von der AG Fuß entwickelt wurde.

Diese Zertifizierung sorgt dafür, dass entsprechende Anbieter alle notwendigen Qualitätskriterien einer ambulanten oder klinischen Einrichtung zur interdisziplinären Behandlung von Fuß-Patienten erfüllen. „Der Begriff ‚Fußambulanz‘ ist nicht geschützt“, erklärt Professor Lobmann, „jeder Arzt kann sagen, er betreibe eine Fußambulanz, aber mit zwei, drei Patienten pro Jahr und entsprechend geringer Expertise ist es nicht getan.“ Ärzte, die sich zertifizieren lassen möchten, müssen Kooperationsverträge mit Diabetologen, Gefäßchirurgen, Mikrobiologen, Podologen und Orthopädienschuhtechniker schließen; sie müssen sich an die Leitlinien der Deutschen Diabetes Gesellschaft halten, bestimmte Hygienestandards erfüllen und nach festgelegten Standards arbeiten. Der Orthopädietechniker muss ebenso eingesetzt werden wie der Wundspezialist. Physiotherapie, Ernährungs- und Diabetesberatung gehören ebenfalls zum Programm.

Mittlerweile sind bundesweit bereits über 200 Praxen und Klinikambulanzen sowie 81 Kliniken nach den Leitlinien der AG Fuß als Fußbehandlungseinrichtungen anerkannt, sodass man von einer bundesweiten Struktur in Sachen Fußbehandlung sprechen kann. Über die AG Fuß tauschen die rund 550 Mitglieder Forschungsergebnisse und Erfahrungen aus und bieten Schulungen an. Und sie erheben Daten, mit denen sie belegen können, dass ihr interdisziplinärer Ansatz erfolgreich ist.

„Bei einer Amputation bleibt der Patient rund 21 Tage in der Klinik, bei der Fußbehandlung sind es durchschnittlich 42 Tage. Chirurgie wird gut bezahlt, Pflege nicht.“

Es lohnt sich – für den Patienten!

Zwischen 2005 und 2011 evaluierte die AG Fuß rund 13.000 Patienten mit dem Diabetischen Fußsyndrom, fast die Hälfte davon schwere Fälle. In diesem Zeitraum sank die Zahl der Majoramputationen in diesen Einrichtungen auf 3,1 Prozent. Dies ist bemerkenswert, wenn man berücksichtigt, dass in Deutschland das durchschnittliche Amputationsrisiko für einen Diabetiker mit einer chronischen Fußwunde bei über zehn Prozent liegt. „Die Zahlen zeigen, dass es sich lohnt – und zwar für den Patienten“, bilanziert Professor Lobmann. Die Mitglieder der AG Fuß hoffen, mittelfristig auch die Politik und die Krankenkassen von dem Konzept zu überzeugen, und zwar nicht zuletzt durch Einsparpotenziale. „Mit der entsprechenden Vorbeugung lässt sich ein Diabetischer Fuß durchaus verhindern“, sagt der Fachmann, „und dazu kann unser Know-how beitragen.“

Im Klinikum Stuttgart jedenfalls gelingt es Professor Lobmann, die Verwaltung von der Sinnhaftigkeit des Ansatzes der AG Fuß zu überzeugen. Dort besteht seit nunmehr fünf Jahren das „InDiZ“, das Interdisziplinäre Diabetischer-Fuß-Zentrum. Es umfasst acht Betten und soll bald auf zwölf Betten ausgebaut werden. Eine Internistin und ein Gefäßchirurg stehen zur Verfügung, die Visiten werden gemeinsam durchgeführt, die interventionelle Radiologie sowie die Orthopädie/Unfallchirurgie kooperieren ebenfalls. Besonders wichtig ist aber – die unterschiedlichen Partner bilden eine gemeinsame ökonomische Einheit, eine einzige Kostenstelle. Gemeinsam entscheiden sie also, was für den Patienten am besten ist.



Liegezeiten reduziert, Kosten gesenkt

„Unsere Erfahrungen nach fünf Jahren Kooperation zeigen, dass sich das InDiZ in jeder Hinsicht lohnt“, sagt Professor Lobmann. „Durch unsere Zusammenarbeit konnten wir die Liegezeiten von 43 auf 32 Tage reduzieren und damit die Kosten senken. Ebenfalls gesunken ist die Zahl der Majoramputationen; die stationäre Versorgung wurde optimiert und die Partner untereinander profitieren vom gemeinsamen Austausch.“ Ein kleiner Wermutstropfen: Chirurgenkollege Dr. Thomas Hupp ist Ärztlicher Direktor der Klinik für Gefäßchirurgie im Katharinenhospital und arbeitet damit zwei Kilometer entfernt vom InDiZ. „Wir schicken Fotos und Daten hin und her, aber die gemeinsame Visite entfällt derzeit noch.“ Doch auch diese Problematik wird sich lösen, nämlich dann, wenn die beiden Kliniken 2015 im Zuge der Umstrukturierung der Stuttgarter Krankenhaushauslandschaft nach Bad Cannstatt ziehen.

Ergebnisqualität in zertifizierten deutschen Fußzentren 2005–2012

	Major amputation (%)	Minor amputation (%)	Vascular surgeons intervention (%)	Hospitalization (%)	Death (%)
2005	3.9	19	0.3 ^a	35	4.6
2006	3.9	24	17.6	34.6	5.4
2007	3.6	20.1	18.8	34.6	5.1
2008	2.9	18.8	9.9	31.3	4.7
2009	2.8	15	16.7	28.6	4.4
2010	2.2	13.5	16.4	37.6	2.5
2011	2.6	16.3	17.3	32.3	2.7
2012 ^b	0.6	7.9	7.7	25.2	–

^a Revascularisation was not a mandatory field in 2005.

^b 2012 most of (re-)certificated centers were ambulatory/outpatients (83%).

Quelle: R. Lobmann et al., International Wound Journal 2014

Leitlinien – eine Kernaufgabe der DDG

Evidenzbasierte Leitlinien werden von vielen nationalen und internationalen Gremien gefordert und erstellt. Neben medizinischen Gründen spielen bei der Erstellung auch gesundheitspolitische, gesundheitsökonomische und juristische Notwendigkeiten eine wichtige Rolle.

Das Programm zur Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien und Praxis-Leitlinien der DDG wurde bereits im Jahre 1997 von Prof. Dr. Werner Scherbaum initiiert und bis 2007 auf ein national führendes Niveau weiterentwickelt.

Bei den Leitlinien der DDG handelt es sich um ein integriertes System, bei dem neben den wissenschaftlichen evidenzbasierten Leitlinien auch entsprechende Praxis-Leitlinien sowie eine Patientenversion der Leitlinien entwickelt werden. Dabei wurde eine inhaltlich einheitliche Vermittlung der Kernaussagen für Epidemiologie, Diagnostik, Klassifikation, Prophylaxe, Therapie und Langzeitbetreuung des Diabetes und seiner Begleit- und Folgeerkrankungen angestrebt. Jede der Leitlinien wurde von einer interdisziplinär zusammengesetzten unabhängigen Expertengruppe nach den strengen methodischen Standards der Leitlinienentwicklung der AWMF erstellt. Die DDG-Leitlinien werden jeweils einer breiten Öffentlichkeit zur Diskussion gestellt, bevor sie endgültig formuliert und offiziell verabschiedet werden. An diesem Prozess sind viele Wissenschaftler, Klinikärzte, niedergelassene Kollegen

(Hausärzte und Diabetologen), Diabetesberaterinnen und von Diabetes betroffene Laien beteiligt.

Diabetologische Kerngebiete

Die DDG konzentriert sich seit 2008 bei der Erstellung evidenzbasierter Diabetes-Leitlinien auf diabetologische Kerngebiete und Themen, die im Nationale Versorgungsleitlinien-Programm (NVL) nicht bearbeitet werden. Jährlich werden aktualisierte Praxisempfehlungen, basierend auf den NVLs und den S2/S3-Leitlinien, herausgegeben. Zur besseren Verbreitung der Leitlinien werden sie auch als Pocket Guidelines und Apps publiziert. Klinische Leitlinien oder Praxisleitlinien beschränken sich in der Regel auf umschriebene Teilbereiche der Versorgung und beschreiben nur selten organisatorische Rahmenbedingungen der Patientenversorgung oder Nahtstellen zwischen den verschiedenen Disziplinen beziehungsweise Versorgungsbereichen.

Um diese Lücke zu schließen, hat die Bundesärztekammer (BÄK) im Jahre 2002 das Programm für NVL initiiert, das seit 2003 in gemeinsamer Trägerschaft von BÄK, Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV), Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) betrieben wird.

Die DDG und die Bundesärztekammer sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung (vertreten durch das ÄZQ) haben im Jahr 2008 eine Vereinbarung getroffen, um die gemeinsame Erstellung von evidenzbasierten Nationalen Versorgungsleitlinien auf wichtigen Gebieten des Diabetes voranzutreiben. Die DDG hat das NVL-Programm seit über zehn Jahren mit Nachdruck unterstützt und für die interdisziplinäre Bearbeitung der vielen diabetesbezogenen Themen, wie beispielsweise Diagnostik und Therapie des Typ-2-Diabetes, Fachexperten zur Verfügung gestellt.

Einsatz evidenzbasierter Leitlinien im Praxisalltag

Die große Herausforderung liegt in der Implementierung von Leitlinien. In Deutschland gibt es bisher keine systematischen Programme. Dies kann nur gelingen, wenn eine fundamentale Änderung in der Akzeptanz der evidenzbasierten Leitlinien und der Implementierungsstrategien erfolgt. Dies bedeutet, dass Kernaussagen

Vor- und Nachteile von Leitlinien

Vorteile

- Sicherung eines Grundstandards bei Diagnostik und Therapie
- Wertvolle Hilfe für den Alltag
- Förderung der Kooperation
- Steigerung der Effektivität und Effizienz der Versorgung
- Vertrauen in das ärztliche Handeln
- Mehr Transparenz
- Ökonomisierung des medizinischen Fortschritts

Nachteile

- Einschränkung der Therapiefreiheit
- Einschränkung der Methodenfreiheit
- Gefahr der Verrechtlichung
- Erhöhung des forensischen Risikos
- Förderung der Defensivmedizin
- Blockade der medizinischen Versorgung

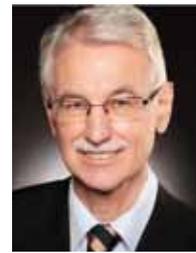
sagen der Leitlinien in die Klinik- und Praxis-Software eingebaut werden müssen, um unmittelbar die leitliniengerechte Diagnostik und Therapie abrufen zu können. Das Andocken von Schlüsselempfehlungen zur Diagnostik und Therapie sowie zu Schnittstellen an die EDV von Praxen und Kliniken würde die Akzeptanz der Leitlinien für alle Professionen, die in der Versorgung von Menschen mit Diabetes eingebunden sind, wesentlich erleichtern.



Rüdiger Landgraf
Vorsitzender der
Deutschen Diabetes-
Stiftung (DDS)



Monika Kellerer
Ärztliche Direktorin des
Zentrums für Innere
Medizin I Marien-
hospital Stuttgart



Werner Scherbaum
Ehem. Direktor der
Klinik für Endokrinolo-
gie, Diabetologie und
Rheumatologie des
Universitätsklinikums
Düsseldorf

Evidenzbasierte Leitlinien der DDG – Unter Beteiligung der DDG

Titel der Leitlinie

- Psychosoziales und Diabetes
- Diabetes und Schwangerschaft
- Gestationsdiabetes mellitus
- Therapie des Diabetes mellitus Typ 1
- Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter
- Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus
- Therapie der Adipositas im Kindes- und Jugendalter
- Prävention und Therapie der Adipositas
- Körperliche Aktivität und Diabetes mellitus
- Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Alter
- Lokalthherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken periphere arterielle Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronische venöse Insuffizienz
- Extrakranielle Karotisstenose; Diagnostik, Therapie und Nachsorge
- Betreuung von Neugeborenen diabetischer Mütter
- Histopathologische Diagnose der nicht alkoholischen und alkoholischen Fettlebererkrankung
- Parenterale Ernährung
- Ernährungsempfehlung zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus – Empfehlungen zur Proteinzufuhr
- Down-Syndrom
- Sekundärprävention des Schlaganfalls
- Diabetes und Paradontitis
- Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention
- Prävention des Typ-2-Diabetes

Nationale Versorgungsleitlinien

- NVL Therapie des Typ-2-Diabetes
- NVL Diabetesstrukturierte Schulungsprogramme
- NVL Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter
- NVL Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter
- NVL Prävention und Therapie von Netzhautkomplikationen (Typ 2)
- NVL Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen
- NVL Chronische Herzinsuffizienz

Praxisempfehlungen

- Definition, Klassifikation und Diagnostik des Diabetes mellitus
- Diabetische Neuropathie
- Nephropathie bei Diabetes
- Diabetische Retinopathie und Makulopathie
- Diabetes mellitus und Herz
- Therapie des Typ-1-Diabetes
- Stellungnahme zur Leitlinie „Therapie des Typ-1-Diabetes“
- Praxisempfehlungen DDG/DGIM – Therapie des Typ-2-Diabetes
- Adipositas und Diabetes mellitus
- Psychosoziales und Diabetes
- Diabetisches Fußsyndrom
- Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter
- Diabetes mellitus im Alter
- Diabetes, Sport und Bewegung
- Gestationsdiabetes mellitus (GDM)
- Diabetes und Schwangerschaft

Patienten-Leitlinien

- Diabetes und Schwangerschaft
- Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes)
- Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter

Pocket-Guidelines

- Typ-1-Diabetes
- Typ-2-Diabetes
- Folgeerkrankungen bei Diabetes mellitus
- Diabetes mellitus bei Frauen
- Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter
- Diabetes mellitus im Alter

In Englisch verfügbare Leitlinien

- Diagnosis, Treatment and Follow-up of Diabetic Neuropathy
- Psychosocial Factors and Diabetes Mellitus
- Clinical Guidelines: Psychosocial Factors and Diabetes Mellitus
- Patient Guideline: Psychosocial Factors and Diabetes Mellitus
- Structured Education Programmes



Ferdinand-Bertram-Preis

**PD Dr. Christian Herder, M.Sc.,
Düsseldorf**

Der Ferdinand-Bertram-Preis 2013 wurde an Christian Herder aus Düsseldorf verliehen. In den vergangenen Jahren untersuchte Christian Herder am Deutschen Diabetes-Zentrum in Düsseldorf die Rolle der subklinischen Inflammation in der Entstehung des Typ-2-Diabetes sowie seiner chronischen Komplikationen. Christian Herder hatte sich mit drei Originalarbeiten um den Ferdinand-Bertram-Preis beworben. Die DDG ehrt mit diesem Preis deutschsprachige Wissenschaftler, die am Tage der Bewerbungsfrist das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Höhe: 10.000 Euro – von der Firma Roche Diagnostics GmbH gestiftet.



Ferdinand-Bertram-Preis

**Prof. Dr. med. Antje Körner,
Leipzig**

Zweite Preisträgerin des Ferdinand-Bertram-Preises 2013 war Antje Körner aus Leipzig. Im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Arbeit verfolgt Frau Körner mit ihrer Arbeitsgruppe einen translationalen Ansatz, in dem sie basierend auf klinischen Studien von adipösen im Vergleich zu schlanken Kindern frühe Veränderungen in Glucosemetabolismus und kardiovaskulärer Funktion untersucht. Insbesondere interessiert sie die Rolle des Fettgewebe, zum Beispiel durch die Sekretion von Adipokinen.

Höhe: 10.000 Euro – von der Firma Roche Diagnostics GmbH gestiftet.



Werner-Creutzfeldt-Preis

**Prof. Dr. med. Jörg Schirra,
München**

Die DDG ehrte Jörg Schirra mit dem Werner-Creutzfeldt-Preis für seine herausragenden Forschungsleistungen. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen auf der Erforschung des Einflusses gastrointestinaler Signalstoffe auf den Stoffwechsel und diverse Funktionen des Gastrointestinaltrakts. Er hat wesentliche Beiträge zur Erforschung des Inkretinkonzeptes beim Menschen erarbeitet. Der Werner-Creutzfeldt-Preis wird an forschende Mediziner und Naturwissenschaftler für Arbeiten auf dem Gebiet der Pathophysiologie und Therapie des Diabetes mellitus verliehen.

Höhe: 10.000 € – von der Firma Lilly Deutschland GmbH gestiftet.

mellitus • 8.000,00 € | Dr. med. Andreas Birkenfeld • Rolle des Serpins Kallistatin in der Entstehung der Adipositas und der Insulinresistenz • 10.000,00 € | Dr. med. Anja Böhm • Untersuchungen zum Beitrag der beiden RabGAP-Proteine TBC1D1 und AS160 zum AMPK-abhängigen Substratmetabolismus im Skelettmuskel • 10.000,00 € | Bo Mee Chung • diabetischer Polyneuropathien: Eine vergleichende Plasma- und Gewebeanalyse mit klinisch-elektrophysiologischem Bezug • 5.000,00 € | Gina Dörpholz • Analyse der Rolle des hohen Fußschmerz mit Tarsaltunnelkompression • 1.000,00 € | Dr. rer. nat. Sabine Frank • Der Einfluss von Dopamin auf das Belohnungssystem bei dauerhaftem und kurzfristigem körperliche Aktivität und Ernährungsverhalten bei Kindern aus Diabetes-Typ-1-Risikofamilien – Einfluss auf die Entwicklung von Diabetes Typ 1 während der Pubertät • 8.000,00 € | Frauen • 10.300,00 € | Dr. med. Martin Heni • Vergleich der Insulinwirkung auf verschiedene hypothalamische Kerne beim Menschen • 8.000,00 € | Dr. med. Stella Kacheva • QT-Prozelle • 10.000,00 € | Dr. troph. Julia Knelangen • Untersuchung des Effekts eines Diabetes mellitus Typ I auf die DNA-Methylierung in Präimplantationsembryonen als Ursache für Fettgewebe bei Patienten mit Typ-2-Diabetes-mellitus • 12.500,00 € | Dr. rer. nat. habil. Christopher Horst Lillig • Thioredoxin 1 schützt Betazellen vor Apoptose und steigert die Insul



Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung

Prof. Dr. med. Thomas Danne und Prof. Dr. med. Olga Kordonouri, Hannover

Die Hans-Christian-Hagedorn-Projektförderung ging 2013 an die von Thomas Danne und Olga Kordonouri geleitete international anerkannte Arbeitsgruppe für ihr Forschungsprojekt „Kontinuierliche Glukosemessung zur besseren Steuerung einer Insulinpumpentherapie“. Danne und Kordonouri sind Chefärzte am Kinderkrankenhaus „Auf der Bult“ in Hannover. Dort leiten sie gemeinsam die Abteilung für Allgemeine Pädiatrie mit Schwerpunkt Kinderendokrinologie und -diabetologie.

Höhe: 25.000 Euro – von der Firma Novo Nordisk Pharma GmbH gestiftet.

Menarini-Projektförderung

Dr. rer. nat. Ewa Gurgul-Convey, Hannover

Die DDG hat im Jahr 2013 Ewa Gurgul-Convey mit der Menarini-Projektförderung ausgezeichnet. Ewa Gurgul-Convey ist seit 2004 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Klinische Biochemie der Medizinischen Hochschule Hannover. 2006 wurde sie bereits mit dem Förderpreis der DDG für die beste diabetologische Dissertation geehrt. Die Menarini-Projektförderung wird seit dem Jahr 2001 verliehen und ist an Forschungsarbeiten geknüpft, die eine besondere Relevanz für die Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus haben.

Höhe: 15.000 Euro – von der Firma Berlin-Chemie gestiftet.

Hellmut-Mehnert-Projektförderung

Dr. med. Katarzyna Linder, Tübingen

Die Hellmut-Mehnert-Projektförderung 2013 wurde an Katarzyna Linder aus Tübingen verliehen. Seit 2010 ist sie Assistenzärztin an der Medizinischen Klinik IV des Universitätsklinikums Tübingen. Am Magnetoenzephalographiezentrum, Institut für Medizinische Psychologie erforscht Katarzyna Linder den „Einfluss mütterlicher Glukosezufuhr auf fetale Hirnaktivität: Fetale magnetenzephalographische (fMEG) Untersuchung mit oralem Glucosetoleranztest“. Die nach dem renommierten Diabetologen Hellmut Mehnert benannte Förderung wird jedes Jahr für den von der Deutschen Diabetes Gesellschaft als Besten bewerteten Projektförderantrag gewährt.



Weitere Informationen finden Sie unter: www.ddg.info/forschung/ddg-forschungspreise

Glucosetoleranztest • 15.500,00 € | Dr. rer. nat. Dennis Löffler • Adipositasassoziierte Veränderungen der zirkadianen Rhythmik von Adipozytokinen und dem Myokin Irisin • 8.000,00 € | Molekularbiologin Yasmin Moran Auth • Typ-1-Diabetes: Regulation des Immunsystems durch Vitamin D • 8.000,00 € | Prof. Dr. med. Elke Oetjen • Rolle der Dual Leucine Zipper Kinase im Fettgewebe mit der Entstehung von Adipositas bei Kindern • 10.000,00 € | Dr. rer. nat. Tina Sartorius • Neuronale Rolle der Fettsäurerezeptoren FFA1 und GPR120: funktionelle und molekulare Mechanismen im Zusammenhang mit dem metabolischen Status und deren Effekte auf Beta-Zellen in vitro • 8.000,00 € | Dr. rer. nat. Carla Schulz • Effekte einer intranasalen Gabe von Neuronostatin sowie Untersuchung der Rolle von Neuronostatin als Regulator der Fusionskompetenz • 10.000,00 € | Dr. rer. nat. Henrike Sell • The role of metalloproteinases and hypoxia in DPP4 shedding from human adipocytes and smooth muscle cells • 10.000,00 € | Dr. rer. nat. Michael Willenborg • Zusammenhang zwischen globaler und membrannaher Calciumkonzentration als Regulatoren der Exocytose von Insulinsekretgranula • 9.500,00 €

Kongresse vernetzen Profis interdisziplinär —

Im Rahmen der beiden jährlich von der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) ausgerichteten Fachkongresse treffen sich alle mit dem Krankheitsbild Diabetes befassten Berufsgruppen, darunter Fachleute aus Klinik und Praxis, Wissenschaftler, Nachwuchskräfte, Diabetesberaterinnen und Psychologen. Die Diabeteskongresse sind die größten Fachveranstaltungen rund um das Krankheitsbild Diabetes im deutschsprachigen Raum. 2013 tauschten sich auf dem Diabetes Kongress in Leipzig und auf der Diabetes Herbsttagung in Berlin insgesamt mehr als 10.000 Teilnehmer über die aktuellsten Entwicklungen, Forschungsergebnisse und Behandlungsansätze aus.

Diabetes Kongress 2013 in Leipzig: fachlicher Austausch und politische Forderungen

Rund 6.000 Teilnehmer besuchten die verschiedenen Vorträge, Symposien und Workshops im Congress Center Leipzig. Unter dem Motto „Forschung von heute für die Praxis von morgen“ richtete Prof. Dr. Harald H. Klein aus Bochum den Kongress aus. Vorträge aus der Diabetes-Forschung, zu Vorbeugung und Therapie, Bewegung und Ernährung standen ebenso auf der Agenda wie die Themen „Diabetes und Schwangerschaft“ oder „Epidemiologie, Genetik“. Die Deutsche Diabetes Gesellschaft vergab zudem Auszeichnungen für herausragende wissenschaftliche Leistungen: Die Paul-Langerhans-Medaille, die höchste Auszeichnung, erhielt 2013 Prof. Henning Beck-Nielsen aus Odense/Dänemark. Er zählt zu den weltweit führenden Wissenschaftlern auf dem Gebiet der Diabetologie.

Professor Dr. Hans-Ulrich Häring, Ärztlicher Direktor der Medizinischen Klinik IV am Universitätsklinikum Tübingen, sprach in seinem Vortrag zur Eröffnung des Diabetes Kongresses über die Möglichkeiten einer individualisierten Prävention und Diabetes-Therapie. Man müsse in Zukunft diejenigen Prädiabetiker identifizieren, die später tatsächlich an Diabetes erkranken und solche, die beispielsweise trotz starkem Übergewicht keinen Diabetes entwickeln. Außerdem müsse man ermitteln, welche Menschen mit Diabetes Typ 2 ein erhöhtes Risiko haben, an Krebs oder Alzheimer zu erkranken. Beiden Fragen wird gerade in groß angelegten Studien nachgegangen. Prof. Häring lobte in diesem Zusammenhang die Arbeit der translationalen Forschungsverbände, wie sie im Deutschen Zentrum für Diabetesforschung zusammengekommen waren.

Der Diabetes-Kongress endete mit dem Wechsel der Präsidentschaft: Für die Jahre 2013 bis 2015 übernahm PD Dr. med. Erhard Siegel vom St. Josefskrankenhaus in Heidelberg den Vorsitz der DDG. Er löste damit Prof. Dr. med. Stephan Matthaei aus Quakenbrück ab. Neuer Vizepräsident der DDG ist Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz vom Universitätsklinikum Tübingen.

7. Diabetes Herbsttagung 2013 in Berlin begeisterte über 4.000 Teilnehmer

Über 4.000 Teilnehmerinnen und Teilnehmer konnte die 7. Diabetes Herbsttagung vom 15. – 16. November 2013 im ICC Berlin verzeichnen. Unter dem Motto „Diabetologie im interdisziplinären Dialog“ stellte die Veranstaltung unter Beweis, wie intensiv die Diabetologie als eigenständige Subspezialisierung mit zahlreichen anderen Gebieten der Inneren Medizin verbunden ist. Das Konzept, die Diabetologie auf andere Disziplinen treffen zu lassen, ging auf. Unter der fachkundigen Leitung und Organisation des Tagungspräsidenten Professor Dr. Klaus-Dieter Palitzsch nutzten die Teilnehmer das umfassende Angebot an Vorträgen und Fortbildungsveranstaltungen zum fruchtbaren Austausch und Dialog.

In Vorträgen, Workshops und Symposien bot die Herbsttagung ein breites Themenspektrum von der experimentellen Forschung bis hin zur klinischen Praxis. Im Symposium „Diabetologie trifft Kardiologie“ diskutierten die Referenten zum Beispiel unter anderem Neues zur Pathogenese der Atherosklerose sowie zur



Diabetes Kongress 2013 in Leipzig



Diabetes Herbsttagung 2013 in Berlin

individualisierten Blutdruckeinstellung bei Diabetes mellitus. Das Symposium „Diabetologie trifft Gastroenterologie“ thematisierte Darm- und Lebererkrankungen bei Diabetes mellitus. Die Vorbeugung und Behandlung von Diabetes Typ 1 im Kindesalter erörterten Referenten in „Diabetologie trifft Pädiatrie“. Workshops zu den Themen „Kontinuierliche Glukosemessung“, „Insulinpumpentherapie bei Diabetes mellitus Typ 1 für Beginner und Fortgeschrittene“ sowie „Duplexsonografische Diagnostik im Bereich der supraaortalen und peripheren Gefäße“ rundeten das Programm ab.

Diabetes Kongress 2014: 50 Jahre DDG – ein Grund zum Feiern!

Ab 2014 findet der Diabetes Kongress jedes Jahr in Berlin statt und wird seinen Charakter als „Hauptstadtkongress“ ausbauen. Der Diabetes Kongress 2014 wird auch deshalb ein ganz besonderer Kongress, weil die Deutsche Diabetes Gesellschaft in diesem Rahmen ihr 50-jähriges Bestehen feiert. Seit ihrer Gründung im April 1964 hat die DDG viele Meilensteine in der Diabetologie gesetzt, unter anderem für Wissenschaft und Forschung, Fort- und Weiterbildung oder Leitlinienentwicklung. Beim Kongress 2014 wird – wie immer – der Blick in die Zukunft im Mittelpunkt stehen. Unter dieser Überschrift findet zum Abschluss der Jahrestagung in Berlin auch ein Round Table mit Experten aus der Diabetologie statt. Sie werden sich mit der Frage beschäftigen, was die Herausforderungen für Fachgesellschaft und Fach in den nächsten 50 Jahren sein werden. Denn viele Fragen in der Diabetologie sind immer noch ungelöst, andere, neue Fragen sind dazugekommen, die

auf eine Lösung warten und dafür die Expertise und das Engagement vieler Spezialisten benötigen. Daher gilt auch im 50. Jahr ihres Bestehens: Die DDG bleibt in Bewegung und bewegt!

Termine Kongresse

Diabetes-Kongresse

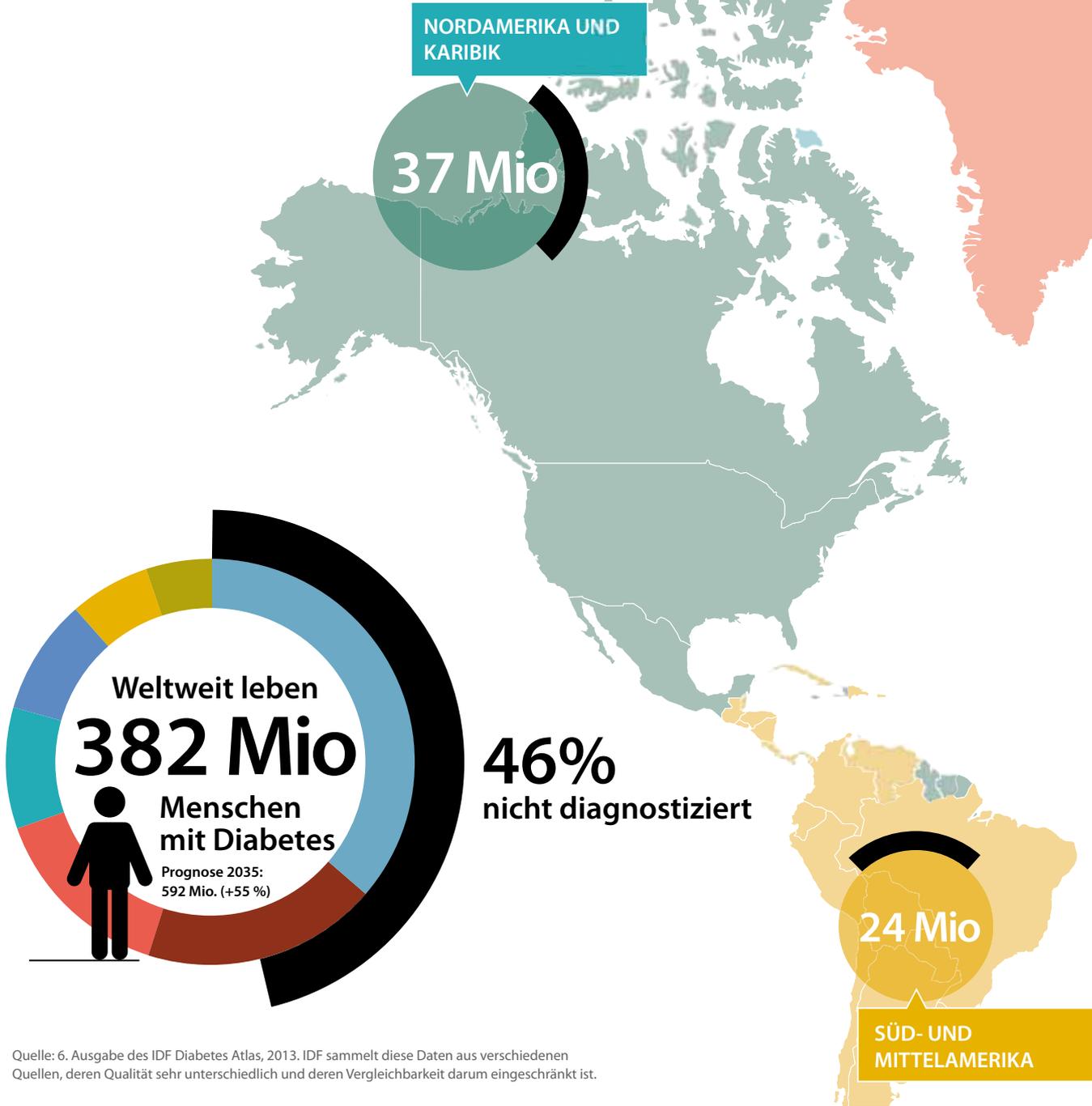
- 28. bis 31. Mai 2014 in Berlin (Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler)
- 13. bis 16. Mai 2015 in Berlin (Prof. Dr. Norbert Stefan)
- 04. bis 07. Mai 2016 in Berlin (Prof. Dr. Andreas Hamann)
- 24. bis 27. Mai 2017 (Prof. Dr. Stephan Matthaei)
- 09. bis 12. Mai 2018 in Berlin (Prof. Dr. Hendrik Lehnert, Prof. Dr. Morten Schütt)

Diabetes-Herbsttagungen

- 21. bis 22. November 2014 in Leipzig (Prof. Dr. Jochen Seufert), gemeinsam mit der Deutschen Adipositas-Gesellschaft (Prof. Dr. Wieland Kiess)
- 06. bis 07. November 2015 in Düsseldorf (Dr. Eva Maria Fach, Stephan Schreiber)

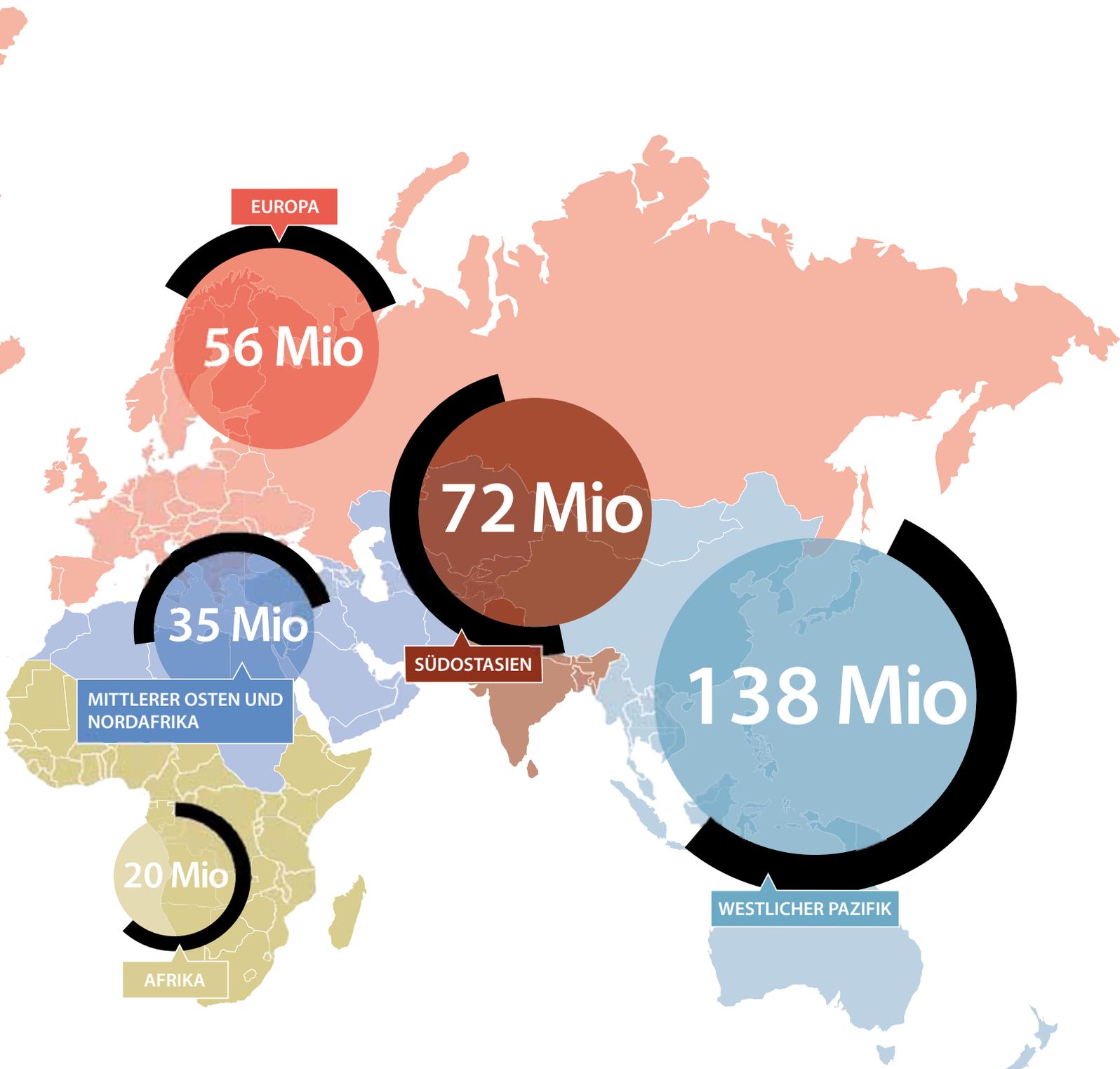
Diabetes – weltweite Pandemie

Geschätzte Anzahl der Menschen mit Diabetes (20- bis 79-Jährige)



Quelle: 6. Ausgabe des IDF Diabetes Atlas, 2013. IDF sammelt diese Daten aus verschiedenen Quellen, deren Qualität sehr unterschiedlich und deren Vergleichbarkeit darum eingeschränkt ist.

Afghanistan 6,30 % | Albanien 2,80 % | Algerien 6,63 % | Andorra 7,60 % | Angola 2,22 % | Anguilla 13,07 % | Antigua and Barbuda 13,48 % | Argentinien 5,98 % | Armenien 2,64 % | Aruba 17,18 % | 1,37 % | Bermuda 18,86 % | Bhutan 4,87 % | Bolivien (Plurinational State of) 6,29 % | Bosnien und Herzegovina 12,40 % | Botswana 2,86 % | Brasilien 9,04 % | British Virgin Islands 12,89 % | Brunei African Republic 5,61 % | Chad 4,47 % | Channel Islands 7,41 % | Chile 10,36 % | China 9,62 % | Colombia 7,12 % | Comoros 6,76 % | Cook Islands 25,40 % | Costa Rica 6,78 % | Côte d'Ivoire 5,15,56 % | El Salvador 9,42 % | Equatorial Guinea 4,98 % | Eritrea 4,43 % | Estland 7,71 % | Ethiopien 4,36 % | Fidschi 10,61 % | Finnland 8,85 % | Frankreich 7,50 % | French Guiana 7,68 % | French Polynesia 3,93 % | Guinea-Bissau 3,35 % | Guyana 14,08 % | Haiti 5,58 % | Honduras 6,28 % | Ungarn 7,61 % | Island 3,96 % | Indien 8,56 % | Indonesien 5,55 % | Irak 7,44 % | Irland 6,47 % | Israel 4,44 % | Letland 6,17 % | Libanon 14,53 % | Lesotho 3,92 % | Liberia 3,36 % | Libyen Arab Jamahiriya 8,43 % | Liechtenstein 7,84 % | Litauen 4,90 % | Luxemburg 5,78 % | Mazedonien 16,28 % | Mexiko 11,77 % | Republik Moldau 2,77 % | Monaco 7,89 % | Mongolei 7,51 % | Montenegro 12,51 % | Marokko 7,29 % | Mosambik 2,46 % | Myanmar 5,70 % | Namibia 4,01 % | Oman 8,01 % | Pakistan 6,76 % | Palau 18,55 % | Panama 7,87 % | Papua New Guinea 5,44 % | Paraguay 6,17 % | Peru 4,28 % | Philippinen 6,01 % | Polen 6,50 % | Portugal 12,96 % | Puerto Rico 20,22 % | Senegal 3,24 % | Serbien 12,35 % | Seychellen 12,20 % | Sierra Leone 3,30 % | Singapur 12,28 % | Slowakei 10,16 % | Slowenien 10,33 % | Solomon Islands 12,96 % | Somalia 5,59 % | Südafrika 6,42 % | Osttimor 5,85 % | Togo 4,02 % | Tokelau 37,90 % | Tonga 13,14 % | Trinidad und Tobago 13,89 % | Tunesien 9,23 % | Türkei 14,58 % | Turkmenistan 4,05 % | Tuvalu 14,41 % | Uganda 5,05 % | Vanuatu 21,04 % | Venezuela (Bolivarian Republic of) 6,61 % | Vietnam 5,37 % | Westsahara 8,62 % | Jemen 6,12 % | Zambien 3,16 % | Zimbabwe 8,83 %



Australia 9,99 % | Austria 9,27 % | Azerbaijan 2,28 % | Bahamas 14,45 % | Bahrain 17,30 % | Bangladesh 5,52 % | Barbados 14,63 % | Belarus 6,26 % | Belgium 6,45 % | Belize 13,42 % | Benin 1,99 % | Darussalam 8,03 % | Bulgarien 7,63 % | Burkina Faso 3,24 % | Burundi 3,91 % | Cambodia 2,54 % | Cameroon 4,88 % | Canada 10,21 % | Cape Verde 5,48 % | Cayman Islands 14,88 % | Central America 1,19 % | Croatia 6,97 % | Cuba 9,74 % | Cyprus 10,24 % | Czech Republic 9,23 % | Denmark 8,58 % | Djibouti 5,92 % | Dominica 11,29 % | Dominican Republic 10,66 % | Ecuador 5,68 % | Egypt 1,88 % | Georgia 2,96 % | Germany 11,95 % | Ghana 3,35 % | Greece 7,01 % | Grenada 8,53 % | Guadeloupe 7,87 % | Guam 20,45 % | Guatemala 8,97 % | Hungary 10,65 % | Italy 7,95 % | Jamaica 10,59 % | Japan 7,56 % | Jordan 8,71 % | Kazakhstan 4,87 % | Kenya 3,58 % | Kiribati 25,94 % | Kuwait 17,77 % | Kyrgyzstan 5,02 % | Lao People's Democratic Republic 11,78 % | Madagascar 3,33 % | Malawi 5,26 % | Malaysia 10,11 % | Maldives 3,79 % | Mali 1,28 % | Malta 10,14 % | Marshall Islands 34,93 % | Martinique 18,68 % | Mauritania 4,57 % | Mauritius 1,88 % | Nauru 23,29 % | Nepal 4,51 % | Netherlands 7,50 % | New Caledonia 20,73 % | New Zealand 10,97 % | Nicaragua 10,25 % | Niger 4,34 % | Nigeria 4,99 % | Niue 12,79 % | Norway 5,90 % | Oman 15,42 % | Qatar 15,73 % | Réunion 16,44 % | Romania 5,14 % | Russian Federation 10,03 % | Rwanda 4,38 % | Samoa 7,09 % | San Marino 7,59 % | Sao Tome and Principe 5,19 % | Saudi Arabia 1,88 % | South Africa 8,27 % | Spain 10,83 % | Sri Lanka 8,04 % | Sudan 7,74 % | Suriname 10,87 % | Swaziland 3,70 % | Sweden 6,36 % | Switzerland 7,45 % | Taiwan 9,78 % | Tajikistan 4,48 % | Thailand 1,88 % | Ukraine 2,99 % | United Arab Emirates 10,02 % | United Kingdom 6,57 % | United States of America 10,90 % | Uruguay 6,34 % | United States Virgin Islands 16,10 % | Uzbekistan 1,88 %

Diabetes im Gender-Blick: Was ist bei Frauen anders? —

Diabetes ist eine chronische Erkrankung, die mit schweren Komplikationen einhergehen kann und eine lebenslange Auseinandersetzung mit der Erkrankung, gute Kenntnisse und ein hohes Maß an Selbstdisziplin und Therapieadhärenz erfordert. Der individuelle Lebensstil, die sozialen Bedingungen, kulturelle und Umwelteinflüsse spielen eine große Rolle und somit auch das Geschlecht der Betroffenen. Neben all diesen psychosozialen Faktoren, die Männer und Frauen unterschiedlich treffen und bewältigen, beeinflussen aber auch biologische Unterschiede die Krankheitsentwicklung und den -verlauf.

Ein niedriger Sozialstatus und schlechte Bildung sind mit einem höheren Risiko für Diabetes verbunden, wobei der Zusammenhang zwischen Bildungsgrad und dem Auftreten von Übergewicht, Typ-2-Diabetes und Hypertonie bei Frauen stärker ausgeprägt ist. Frauen mit Diabetes geben meist auch eine schlechtere Lebensqualität als Männer an, wobei vor allem das seelische Wohlbefinden vermindert scheint. Diabetikerinnen haben doppelt so häufig wie Diabetiker Depressionen und häufiger Essstörungen. Beim Typ-1-Diabetes findet man in der Adoleszenz bei Mädchen mehr als doppelt so häufig wie bei jungen Männern eine schlechte Stoffwechsellage, kombiniert mit dem Weglassen von Insulindosen mit dem Ziel einer Gewichtsreduktion (Insulin Purgings) und der daraus resultierenden Gefahr der Entwicklung einer Ketoazidose und von Diabetes-Komplikationen. Essstörungen werden durch krankheitsassoziierten Stress gerade bei Mädchen begünstigt.

Der Einflussfaktor Geschlecht

Generell ist Stress bei Frauen mit einem höheren Diabetesrisiko verbunden. Eine (unbehandelte) Depression erhöht auch das Risiko für Komplikationen und vermindert die Therapieadhärenz und den Therapieerfolg. Depressionen sind gerade bei Frauen auch häufiger mit Übergewicht verbunden.

Unterschiede im Lebensstil zwischen Männern und Frauen beeinflussen die Entstehung und den Verlauf des Diabetes: Frauen haben den Fokus mehr auf gesunder Ernährung und Diät zur Gewichtsreduktion. Sie interessieren sich mehr für gesundheitsfördernde Maßnahmen und Prävention, während für Männer Vorsorge keinen hohen Stellenwert einnimmt und sie meist erst bei Beschwerden ärztliche Hilfe suchen. Für

Männer stehen körperliche Bewegung und Sport im Gesundheitsbewusstsein im Zentrum.

Während Frauen insgesamt häufiger an Autoimmunerkrankungen leiden, sind beim Typ 1-Diabetes beide Geschlechter gleich häufig betroffen: Im Kindesalter manifestieren mehr Mädchen einen Typ-1-Diabetes, während ab der Pubertät Männer ein höheres Risiko für Typ-1-Diabetes und die Entwicklung und Progression einer Nephropathie aufweisen.

Bei der Prävalenz des Typ-2-Diabetes bestehen insgesamt keine wesentlichen geschlechtsabhängigen Unterschiede: Bei Männern wird Typ-2-Diabetes aber früher und etwas häufiger diagnostiziert, oft bei niedrigerem BMI. Frauen sind besonders nach der Menopause betroffen.



Die Rolle der Hormone und des Stoffwechsels

Beim Prädiabetes findet man bei Frauen im oralen Glukosetoleranztest (OGTT) öfter isoliert das Stadium der gestörten Glukosetoleranz, was durch deren geringere Körpergröße und fettfreie Masse sowie eine verlängerte Darmglukoseaufnahme erklärt werden könnte. Bei Männern entdeckt man dafür häufiger erhöhte Nüchternblutzuckerspiegel, die routinemäßig eher bestimmt werden. Das Risiko für Stoffwechselerkrankungen wird auch durch die Sexualhormone, die Fettmasse und -verteilung beeinflusst. Männer haben mehr viszerales und mehr Leberfett, sind weniger insulinempfindlich als Frauen und unterscheiden sich auch in der Freisetzung von Fettgewebshormonen. Sie haben häufiger ein metabolisches Syndrom. Bei Frauen ist allerdings das Vorliegen eines metabolischen Syndroms

mit einem noch höheren Anstieg des kardiovaskulären Risikos verbunden als bei Männern, im Vergleich zu Frauen und Männern ohne metabolisches Syndrom. Dasselbe gilt auch für den manifesten Diabetes.

In jedem Fall kann die Sexualanamnese und Anamnese von Zyklusanomalien oder Schwangerschaftskomplikationen wichtige Informationen über das kardiometabolische Risiko geben. Bei Männern kann eine erektile Dysfunktion auf Insulinresistenz, Diabetes oder eine kardiovaskuläre Erkrankung hinweisen. Bei ihnen ist Übergewicht und Insulinresistenz oft mit einem niedrigen Testosteronspiegel assoziiert, während bei Frauen wiederum hohe Androgenspiegel das Diabetesrisiko erhöhen. So ist auch beim polyzystischen Ovarialsyndrom (PCOS), das durch Insulinresistenz, Zyklusanomalien, polyzystische Ovarien und Hirsutismus charakterisiert ist, ein höheres Diabetes- und kardiovaskuläres Risiko beschrieben.

„Unterschiede im Lebensstil zwischen Männern und Frauen beeinflussen die Entstehung und den Verlauf des Diabetes: Frauen haben den Fokus mehr auf gesunder Ernährung und Diät zur Gewichtsreduktion.“

Für Frauen mit Diabetes und Kinderwunsch ist eine Schwangerschaftsplanung und präkonzeptionelle Stoffwechselloptimierung essenziell, um Komplikationen für Mutter und Kind zu minimieren. Sowohl eine Überernährung und starke Gewichtszunahme in der Gravidität als auch eine Mangelernährung und kindliche Wachstumsretardierung sind mit einem höheren Risiko der Kinder verbunden, später übergewichtig zu werden oder selbst Diabetes zu entwickeln. Stillen hingegen kann das Diabetesrisiko von Mutter und Kind vermindern.

Der Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) nimmt in der Diabetesklassifikation eine eigene Kategorie ein und wird durch einen OGTT in der 24. bis 28. Schwangerschaftswoche diagnostiziert. Frauen mit Gestationsdiabetes haben ein circa 7-fach höheres Diabetesrisiko als Schwangere mit normaler Glukosetoleranz. Spezifische Präventionsprogramme könnten die Diabetesmanifestation bei diesen jüngeren Frauen um 50 Prozent reduzieren und auf die gesamte Familie gesundheitsfördernd wirken.

Unterschiede bei der medikamentösen Therapie

In der Diabetestherapie stehen eine Reihe von Substanzklassen als Monotherapie oder in der Kombinationstherapie zur Verfügung. Bezüglich der Medikamente sind bisher aber wenig Studien zu geschlechtsspezifischen Unterschieden bekannt. Einige Studien zeigten ein höheres Hypoglykämierisiko bei Frauen. Mehrere Studien berichteten, dass Frauen die in Leitlinien vorgegebenen HbA_{1c}-Zielwerte weniger oft erreichen als Männer. Auch in einer rezenten großen italienischen Querschnittsstudie erreichten Frauen die Zielwerte für

HbA_{1c}, LDL-Cholesterin und BMI um circa 20 Prozent weniger oft als Männer. In vielen Untersuchungen haben sie auch im höheren Alter höhere Blutdruckwerte und brauchen trotz kardiovaskulärem Risiko seltener Aspirin.

Bei der inkretinbasierten Therapie scheinen junge adipöse Frauen häufiger GLP-1-Rezeptor-Analoga

verordnet zu bekommen, während bei weniger stark übergewichtigen Männern mit höherem kardiovaskulärem Risiko mehr DPP4-Hemmer verschrieben werden. Glitazone verursachen bei postmenopausalen Frauen häufiger Frakturen, und SGLT2-Inhibitoren öfter urogenitale Infektionen. Das Geschlecht spielt somit bei den Wirkungen und Nebenwirkungen von Medikamenten sowie beim Ordnungsmodus mit. Eine individuelle geschlechtersensitive Schulung und Betreuung tragen wesentlich zum Therapieerfolg in der personalisierten Diabetestherapie bei.



Alexandra Kautzky-Willer, Professorin für Gender Medicine an der Medizinischen Universität Wien

Mit Steuern Gesundheit fördern und Krankheit verhindern

Die während der letzten Koalitionsverhandlungen diskutierte Steuer auf kalorienreiche Lebensmittel hat erwartungsgemäß eine heftige Reaktion hervorgerufen. Von „Strafsteuer für Dickmacher“ und „Zwangsdiet“ ist die Rede. Empört wird sich unisono mit der Lebensmittelindustrie, die ihre Interessen durch die geplante Steuer bedroht sieht. Aber es geht nicht um die Interessen der Lebensmittelindustrie. Es geht darum, den massenhaften Vormarsch von Übergewicht, Diabetes und anderen schweren Erkrankungen aufzuhalten.

Bloße Appelle an die Bevölkerung, auf eine gesunde Ernährung zu achten und Übergewicht zu vermeiden, sind nachweislich gescheitert. Und es wird den Konsumenten auch nicht leicht gemacht: Plakativ und raffiniert werden sie von Marketing-Strategen an jeder Ecke zu hochkalorischem Konsum verführt, den man ihnen noch dazu als gesundheitsfreundlich verkauft. Häufig finden sich auf Lebensmitteln zu den Inhaltsstoffen nur verklausulierte Angaben in kaum zu entziffernder Schriftgröße. Bis auf eine kleine Schicht von Menschen, die sich intensiv mit Gesundheitsfragen beschäftigen, haben die Konsumenten längst den Überblick verloren.

Die Industrie erfindet immer wieder neue Bezeichnungen für Zucker, die für den Verbraucher kaum zu erkennen sind – und mit welchem Faktor der angegebene Natriumgehalt multipliziert werden muss, um den Salzgehalt eines Lebensmittels zu erkennen, das wissen vielleicht einige Ernährungsmediziner. Die große Mehrzahl der Menschen hat kaum eine Chance, sich ein Bild zu machen, welchen der Werbeaussagen sie Glauben schenken können und welchen nicht.

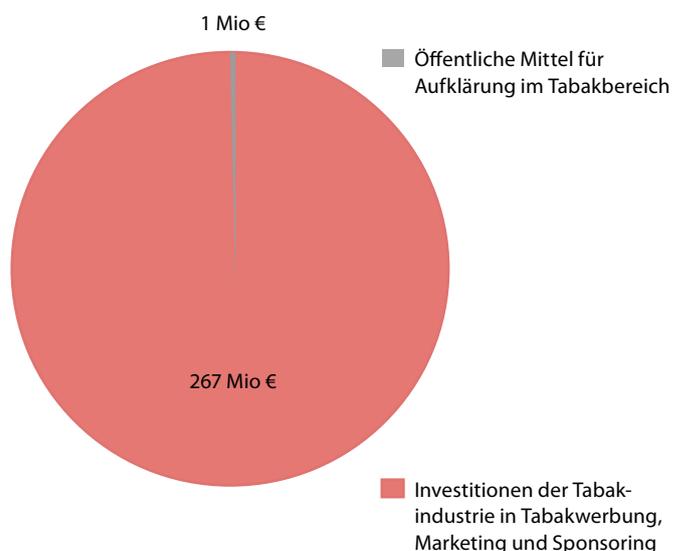
Sich diesem Umfeld zu entziehen, ist extrem schwierig und soll es auch sein. Es wird alles getan, um diesen Zustand zu erhalten und zu festigen. Für Süßwaren stehen hundertmal so viele Werbegelder zur Verfügung wie für Obst und Gemüse. Und der Versuch der Gesundheitspolitik, mit Informationen und Aufklärung durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung dagegenzuhalten, ist rührend. Ihr Budget erreicht nicht einmal ein Prozent des Budgets allein der Süßwarenwerbung.

Auch vor Kindern und Jugendlichen machen die Marketing-Experten nicht Halt. Im Gegenteil: Gezielt wird diese besonders leicht beeinflussbare Zielgruppe aufs Korn genommen und mit Werbeversprechen gelockt.

Die angeblich gesunden Kinder-Cerealien sind nur ein Beispiel von vielen.

Vor diesem Hintergrund erscheint es fast zynisch, die vorgeschlagene Steuer auf ungesunde Lebensmittel als Bevormundung der Konsumenten zu bezeichnen. Die Unmündigkeit ist längst da, und nicht die Politik, sondern die Lebensmittelindustrie ist es, die das Konsumverhalten steuert. Die aktuell geführte Diskussion um die Besteuerung kalorienreicher Lebensmittel ist deshalb ein Vorstoß in die richtige Richtung. Diese Steuer wäre ein Korrektiv für einen Markt, der inzwischen nicht nur viel individuelles Leid hervorruft, sondern Gesundheitskosten in Milliardenhöhe produziert.

Konkret stehen verschiedene Modelle zur Diskussion. Ein sinnvolles Modell könnte sein, den vollen Mehrwertsteuersatz nicht mehr (aus historischen Gründen) für Luxusgüter zu nehmen, sondern für besonders kalorienreiche, ballaststoffarme Produkte, also Fast Food, Chips und für Getränke, die einen hohen Zuckeranteil haben. Gleichzeitig ist es sinnvoll, gesunde Lebensmittel steuerlich zu entlasten. Das macht nicht nur gesundheitspolitisch Sinn, sondern würde auch das von Gegnern der Besteuerung vorgebrachte Argument entkräften, der Staat wolle auf diesem Weg doch nur seine Kassen füllen.



Quelle: Drogenbeauftragte der Bundesregierung, www.drogenbeauftragte.de

Die Besteuerung ungesunder Lebensmittel ist nachweislich geeignet, gesundheitsbewusstes Verhalten zu fördern und zu erleichtern. Zigaretten und Alkopops sind Beispiele dafür: Im Zuge der steuerbedingten Preissteigerung sind Alkopops fast ganz vom Markt verschwunden, und der Zigarettenkonsum von Jugendlichen hat sich in den letzten zehn Jahren nach drastischen Tabaksteuererhöhungen halbiert.

Eine solche Besteuerung wäre ein Durchbruch für eine stärkere Verhältnisprävention in Deutschland. Darunter fallen Maßnahmen, die gesundheitsförderndes Verhalten über eine gezielte Veränderung von Rahmenbedingungen herbeiführen sollen. Auf internationaler Ebene wird eine stärkere Verhältnisprävention seit Jahren gefordert und auch umgesetzt, entsprechend der WHO-Forderung „to make the healthy choice the easier choice“.

In Deutschland dagegen steht man entsprechenden Maßnahmen, die immer einen Eingriff „von oben“ bedeuten, zurückhaltend gegenüber. Sehr sorgfältig müsse eine solche Regulierung gegen das Gut der persönlichen Freiheit abgewogen werden – was niemand bestreiten will. Aber dieses Argument greift zu kurz, übersieht es doch, dass bereits eine extreme Steuerung des Konsumverhaltens stattfindet. Und dieser ein Korrektiv entgegenzusetzen, ist keine Bevormundung, sondern stellt einen Schutz der Konsumenten dar und eine Gefahrenabwehr.

Wir brauchen unbedingt mehr Transparenz und Seriosität auf dem Lebensmittelmarkt. Eine leicht verständliche und verbindliche Kennzeichnung aller Produkte wäre eine wichtige Maßnahme. Häufig – und das ist besonders tückisch – sind große Mengen an Zucker und Fett in Nahrungsmitteln versteckt, wo man sie gar



Mediale Verwirrung pur

nicht vermuten würde. Die Ampelkennzeichnung stellt eine ebenso einfache wie übersichtliche Methode dar, mit der sich selbst Kinder schnell orientieren können.

Aber weitere flankierende Maßnahmen sind erforderlich, wenn sich das Ernährungsverhalten wirklich durchgreifend und nachhaltig ändern soll. Eine Steuer auf Kalorien, Zucker und Fett stellt in der Tat eine Reglementierung dar, das lässt sich nicht leugnen. Auf längere Sicht wird diese Maßnahme jedoch vielen Menschen einen großen Gewinn an Freiheit und Lebensqualität bringen. Die Freude an Süßigkeiten sollten wir uns nicht verderben lassen – aber auf die Dosis kommt es an.

Der Autor ist Geschäftsführer der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Medienreichweite auf Rekordniveau

Die eigenen Themen einem Fachpublikum, aber auch der Öffentlichkeit zugänglich zu machen, ist für eine medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaft wie die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) von größter Bedeutung. Nur wer in der öffentlichen Wahrnehmung ankommt, wird gehört – in der Politik, bei Kostenträgern, Industrie und vor allem bei den Patienten. Nur wenn Neuerungen im Fachgebiet breit und publikumswirksam kommuniziert werden, können Patienten und Fachkräfte davon profitieren. Die erfolgreiche Kommunikation der DDG steht auf zwei Säulen: der kontinuierlichen Medienarbeit und den Kongressen, die die Fachgesellschaft zweimal jährlich veranstaltet. In Zeiten eines weltweiten Anstiegs der Diabeteserkrankungen ist es wichtig, eine breite Öffentlichkeit über effektive Vorbeugung und Therapie des Diabetes mellitus aufzuklären. Dieser Aufgabe stellt sich die DDG als führende Fachgesellschaft Jahr um Jahr, und das sehr erfolgreich.

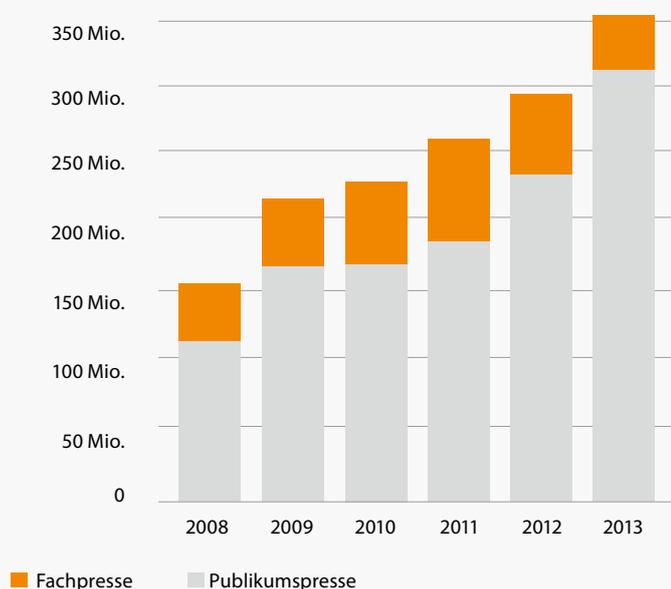
Pressearbeit mit großer Resonanz

Mit ihren wissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Themen spricht die DDG sämtliche Fachmedien, aber vor allem die gesamte Bandbreite der Publikumsmedien an. Die Themen der DDG stoßen dabei auf große Akzeptanz und Aufmerksamkeit. Zahlreiche Pressemeldungen, jährlich sind es etwa 40, gibt die

DDG-Pressestelle in enger Abstimmung mit dem DDG-Pressesprecher heraus. Dabei stehen neueste wissenschaftliche Erkenntnisse ebenso auf der Themen-Agenda wie die Kommentierung von Berichten, gesundheitspolitischen Entscheidungen oder die Beurteilung neuer Studien. Immer werden die Pressemeldungen so ausgerichtet, dass sie ärztlichen Kollegen, Bürgern, Politikern und Meinungsbildnern Orientierung geben und die Position der Diabetologen in Deutschland deutlich machen – mit klarem Blick auf die Bedürfnisse und Anliegen der jeweils betroffenen Patienten.

Die starke Präsenz der DDG in den Medien zeigt, dass ihre Meinungen und Positionen gefragt sind und ihre Themen und Aussagen ankommen. Im Jahr 2013 konnte die Medienarbeit der DDG mit einer Reichweite von 358 Millionen Kontakten einen neuen Rekord verzeichnen. Rund 75 Prozent hiervon findet in den Publikumsmedien statt – in Tageszeitungen, Nachrichtenmagazinen, Illustrierten bis hin zu Boulevardmedien. Die große Akzeptanz der DDG bei Nachrichtenagenturen, wie beispielsweise der Deutschen Presseagentur (dpa), ist ein Zeichen dafür, wie hoch die DDG als Expertengremium und verlässliche Informationsquelle geschätzt wird. Auch im Vergleich mit anderen Fachgesellschaften zeigt die DDG eine ausgezeichnete Präsenz – obwohl das Krankheitsbild Diabetes von den Medien häufig noch nicht in seiner Dramatik und Folgeschwere erkannt wird.

Medienpräsenz: Entwicklung der Reichweite von 2008–2013, ohne Online-Medien



Online-Kommunikation

Neben klassischer Pressearbeit wird die Präsenz im Internet immer wichtiger. Entscheidend für den Erfolg im Netz ist nicht zuletzt das Google-Ranking: Gibt man dort in die Suchmaschine das Stichwort „Diabetes“ ein, wird die DDG mit ihrem Auftritt als erste industriunabhängige Seite gelistet. Sie ist medial in den einschlägigen Fachportalen sichtbar, aber auch in den Online-Angeboten der Fach- und Publikumsmedien zu finden. Von Ärzte Zeitung Online bis bild.de wird immer wieder die DDG zitiert und auf die DDG-Homepage verwiesen.

Die Online-Präsenz wird auch durch die eigenen Internet-Aktivitäten der DDG verstärkt: Dazu gehört die DDG-Homepage unter www.ddg.info, die jeden Tag 1.500 Menschen besuchen, sowie die Kommunikation über Social-Media-Kanäle wie Facebook und Twitter. Voraussetzung für den medialen Erfolg einer großen Fachgesellschaft sind die enge Abstimmung zwischen



DDG Präsident Erhard Siegel beim Interview

Vorstand, Geschäftsführung, Pressesprecher und Pressestelle, die kurzen Reaktionszeiten aller Beteiligten, das aktive Themensetzen, das der DDG immer wieder hervorragend gelingt, und die anerkannte Expertise ihrer Meinungsbildner. Auch in Zukunft wird die DDG für die Umsetzung ihrer Anliegen und Strategien dieses Potenzial nutzen und die öffentlichen Diskussionen und Meinungsbildungen zum Thema Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie des Diabetes aktiv mitgestalten.

Die Arbeit der DDG in den Medien verfolgt das Ziel, allzu einfachen Deutungsmustern der komplexen Stoffwechselstörung Diabetes öffentlich entgegenzutreten. Gerade Meldungen, die im Gegensatz zu gängigen Interpretationsmustern stehen, fanden in der Vergangenheit viel Widerhall in den Medien. Ein weiterer Schwerpunkt der Medienarbeit besteht in der Interessenvertretung der Diabetespatienten auf gesundheitspolitischer Ebene. Wiederholt kritisierte die DDG beispielsweise die Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) und des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), was Eingang in die Fachmedien fand. In der medialen Berichterstattung stehen Fragen des Lebensstils für Menschen mit Diabetes, wissenschaftliche Erkenntnisse und neue Therapieansätze im Vordergrund. Wie bei allen Medienthemen gilt auch hier: Das Neue, Un-

„Im Jahr 2013 konnte die Medienarbeit der DDG mit einer Reichweite von 358 Millionen Kontakten einen neuen Rekord verzeichnen.“

gewöhnliche, Existenzielle wird bevorzugt aufgegriffen. Trotzdem gelingt es der DDG immer wieder, auch wichtige Service-Themen zu platzieren. Ausgebaut hat die DDG-Pressestelle außerdem die Unterstützung der zertifizierten Einrichtungen in ihrer PR-Arbeit. Jede neu zertifizierte Praxis und Klinik erhält von der DDG-Pressestelle eine Muster-Pressemeldung; außerdem das Angebot, bei der Verbreitung behilflich zu sein. Das hilft den zertifizierten Einrichtungen, sich in ihrer Region als ausgewiesene Behandler zu profilieren.

Kongresse als Medien-Highlights

Die Kongresse der Fachgesellschaft dienen satzungsgemäß primär der Fort- und Weiterbildung der Mitglieder und dem wissenschaftlichen Austausch. Sie sind aber auch mediale Highlights der Fachgesellschaft. Der Diabetes Kongress im Frühjahr und die Diabetes Herbsttagung sind zentrale Anlässe, um mithilfe zahlreicher Pressemeldungen auf das wissenschaftliche Kongressprogramm und neueste Studien und Entwicklungen in der Diabetologie hinzuweisen. Im Vorfeld und während des Kongresses finden für Journalisten Pressekonferenzen mit DDG-Experten statt.



Weitere Informationen finden Sie unter:
www.ddg.info/presse

Dreimal täglich spritzen

Der Sohn hat Frau K. ein Stück Mandarinen-Sahnetorte mitgebracht. „Das dürfen Sie ruhig essen“, sagt Arno Mansson, Diabetes-Pflegefachkraft beim Berliner Krankenpflagedienst Bick. Er sitzt mit Frau K. an einem kleinen Tisch in der Ecke ihres Wohnzimmers, im Köfferchen vor sich die Insulin-Pens und das Insulin-Schema, nach dem er spritzen muss. Der Blutzuckerwert von Frau K., den sie vor ein paar Minuten zusammen mit ihrem Sohn gemessen hat, lag bei 129. „So gut war er ja noch nie“, lobt Mansson seine Patientin. Also bekommt sie an diesem Mittag nur 24 Insulin-Einheiten.

Spezialisierte Betreuung – bessere Werte

Seitdem sich der ambulante Pflegedienst 2009 auf Diabetes spezialisiert hat, kann er bei seinen Patienten bessere Blutzucker- und HbA_{1c}-Werte vorweisen. Bick ist einer von drei zertifizierten Diabetes-Schwerpunktpflagediensten in Deutschland – und die Deutsche Diabetes Gesellschaft hat diese Zertifizierung nun anerkannt. Bei Frau K. – wie bei den meisten anderen Diabetes-Patienten – muss dreimal am Tag der Blutzucker gemessen werden, und zwar vor den Mahlzeiten. Frau K. bekommt außerdem dreimal am Tag Insulin gespritzt, angepasst an den Blutzuckerwert und an den Energiegehalt des Essens, das sie zu sich nimmt. Diese intensiviertere konventionelle Insulintherapie (ICT), die die natürliche Insulinausschüttung der Bauchspeicheldrüse nachahmt, kann die 87-jährige Dame nicht mehr selber managen.

„Das größte Problem ist in der Regel das fehlende Wissen über diese komplexe Erkrankung.“

Auf Diabetes zugeschnittenes Fachwissen nötig

„Neben kognitiven Einschränkungen leidet sie an den für Diabetiker typischen Gefühlsstörungen in Händen, Fingern und Füßen“, erklärt Nicole Heider, Geschäftsführerin bei Bick. In ihrem Büro, das sich im Erdgeschoss einer Villa im idyllischen Stadtteil Lichterfelde befindet, nimmt sie ein Stück verpackten Traubenzucker in die Hand. „Das heißt, die Betroffenen können diese Folie nicht aufreißen, weil sie den gezackten Rand nicht tasten können“, so Heider. Denn Diabetes schädigt nicht nur die Blutgefäße, sondern auch die Empfindungs- und Bewegungsnerven. „Der Körper funktioniert zwar, aber man spürt es nicht mehr“, sagt Heider, die ihre pflegewissenschaftliche Abschlussarbeit über diabetologische Pflege geschrieben hat.

Erfolgreiches Netzwerk

Jeder dritte Patient in Pflegeeinrichtungen ist von Diabetes mellitus betroffen – bei Bick ist fast die Hälfte der 71 Klienten an Diabetes erkrankt. „Das größte Problem ist in der Regel das fehlende Wissen über diese komplexe Erkrankung – nicht nur bei den Pflegekräften, sondern auch bei den Ärzten“, sagt die Geschäftsführerin. Neben den drei spezialisierten Diabetes-Pflegefachkräften sind bei Bick nicht nur alle examinierten Pflegenden, sondern auch die Pflegehilfskräfte geschult worden. Der Pflegedienst hat sich ein Netzwerk aufgebaut, zu dem Diabetologen, Apotheken, ein orthopädischer Schuhmachermeister und eine podologische Praxis gehören. 2010 wurde der Berliner Pflegedienst zum ersten Mal vom Institut für Innovatives Gesundheitsmanagement (IIGM) zertifiziert, 2013 erfolgte die Rezertifizierung.

Dass sich der Aufwand lohnt, zeigen die guten Ergebnisse der jährlichen Qualitätsberichte. Neben den besseren Blutwerten konnte auch die Zahl der Krankenhauseinweisungen deutlich reduziert werden. Geschäftsführerin Heider: „Wenn ein Patient wegen schwerer Unterzuckerung umfällt, weiß bei uns jede Pflegekraft vor Ort, was zu tun ist.“



Das Betreuungsteam des Krankenpflagedienstes Bick

„Rosa tut weniger weh“

Egal ob eine Erstdiagnose Diabetes ansteht oder die Einstellung auf eine Insulinpumpe: Diabetesberaterin (DDG) Jessica Schmidt-Herzel begleitet im Team des Endokrinologikums Berlin ambulant ihre Patienten durch den Alltag – und benötigt dazu nicht nur Fachwissen, sondern auch eine gute Portion psychologischen Spürsinn.

Verständnis und Unterstützung statt Vorwürfe

Manchmal frisieren sie ihre Blutzuckerwerte, manchmal messen sie tage- und wochenlang ihre Werte erst gar nicht. Wenn Jugendliche mit Diabetes Typ 1 sich so verhalten, regt das Diabetesberaterin (DDG) Jessica Schmidt-Herzel gar nicht auf. „Ich kann gut verstehen, dass die Jugendlichen phasenweise auf das dauernde Messen und Spritzen keine Lust haben“, sagt die 33-Jährige. „Wichtig ist dann, auf die Jugendlichen zuzugehen und sie zu fragen: Wie können wir dir helfen?“ Jessica Schmidt-Herzel sitzt am langen Tisch im Schulungsraum des Endokrinologikums Berlin – ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), das auf Hormon- und Stoffwechselerkrankungen spezialisiert ist. Hinter ihr eine Tafel mit Magneten und ein Flipchart. Vor sich auf dem Tisch hat sie eine Portion Pommes frites mit Majo und Ketchup, einen Berliner, ein Brötchen, eine Folienkartoffel, Trauben, Erdbeeren, eine Banane drapiert. Alles täuschend echt aussehende Attrappen, anhand derer ihre Patienten die Kohlenhydrateinheiten der Lebensmittel schätzen sollen.

Breit gefächerte Ausbildungen

Wie man Menschen mit Diabetes motiviert, sich mit Kohlenhydrateinheiten, Blutzuckerwerten, Insulin-Pens, -spritzen und -pumpen auseinanderzusetzen – das hat sie in ihren aufeinander aufbauenden Ausbildungen als Diätassistentin, Diabetesassistentin und schließlich Diabetesberaterin gelernt. Weitere Fortbildungen – gerade was den Umgang mit an Diabetes erkrankten Kindern und Jugendlichen angeht – hat sie später draufgesattelt. Entsprechend breit ist ihr Spektrum: Sie schult und berät Kinder und Jugendliche, deren Eltern, erwachsene Patienten sowie Schwangere mit Diabetes Typ 1 oder 2 und besucht auch schon mal eine Schule oder einen Kindergarten, um Lehrer und Erzieherinnen aufzuklären. „Es macht Spaß, die Patienten durch ihren Alltag zu begleiten und sie nicht ins Krankenhaus schicken zu müssen“, so Schmidt-Herzel. „Zudem räumen die Ärzte den Diabetesberaterinnen im Endokrinologikum ein relativ großes Mitspracherecht ein.“



Die Diabetesberaterin bei der Ernährungsschulung

Medizinisches Fachwissen und Psychologie gefragt

Mit ihrer Zertifizierung als Diabetesberaterin (DDG) im Jahr 2010 ist sie noch sicherer im Umgang mit Ärzten und Kollegen geworden. Ihre Abschlussarbeit hat sie über das kontinuierliche Glukose-Monitoring, also die 24-Stunden-Messung des Blutzuckers, geschrieben. Sie öffnet einen der beiden Schränke, der vollgestopft ist mit Blutzuckermessgeräten, nimmt eines heraus und erklärt die Funktionsweise. Bei aller Technik kommt hier auch Psychologie ins Spiel: „Ein Gerät, das aussieht wie ein I-Pod, wird von den Jugendlichen eher akzeptiert“, sagt sie. Oder eine Insulinpumpe mit Erdbeeren drauf. Eine solche programmierbare Pumpe, die über einen Katheter und eine Infusionsnadel Insulin in den Körper leitet, tragen fast alle Kinder. Schmidt-Herzel legt einen rosa und einen blauen Katheter auf den Tisch und schmunzelt. „Ob Sie es glauben oder nicht: Ein rosa Katheter tut Mädchen weniger weh als ein blauer.“

Diabetes bei Migranten

Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ist ein Grundrecht für alle Bürger und sollte auch für Migranten, unabhängig von Nationalität, Herkunft oder Religion, selbstverständlich sein. Die Behandlungsangebote für Diabetes sind jedoch nicht ausreichend auf die Bedürfnisse von Migranten zugeschnitten. Sprachliche und kulturelle Barrieren, fehlende Schulungs- und Betreuungsangebote sowie mangelnde Information über spezielle Angebote für verschiedene Gruppen von Menschen mit Migrationshintergrund erschweren die Therapie in der Praxis.



Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

In Deutschland lebt eine große Zahl von Menschen mit Migrationshintergrund. Menschen mit nicht deutscher Nationalität stellen mit etwa 7,2 Millionen Personen einen Anteil von 8,8 Prozent der Bevölkerung. Die wichtigsten Herkunftsländer sind neben der Türkei mit einem Anteil von 23,2 Prozent an der ausländischen Bevölkerung, Italien mit 7,5 Prozent, Polen mit 6,8 Prozent und Griechenland mit 4,1 Prozent (alle Angaben zum 31.12.2011). Eine große Gruppe sind die „Aussiedler“ und „Spätaussiedler“. Insgesamt wanderten von 1990 bis 2011 2,5 Millionen Spätaussiedler nach Deutschland ein, ganz überwiegend aus dem Bereich der ehemaligen Sowjetunion. Bezieht man alle Menschen mit Migrationshintergrund ein, so liegt der Anteil an der Bevölkerung bei einem Fünftel (19,5 Prozent, Bezugsjahr 2011). Darin enthalten sind dann auch Migrantinnen und Migranten, die die deutsche Staatsangehörigkeit angenommen haben, sowie Kinder aus Migrantenfamilien, die selbst nie migriert sind.

Diabetes bei Menschen mit Migrationshintergrund

Schätzungsweise 900.000 Migranten mit Diabetes leben in Deutschland. Diese Schätzungen basieren auf einer Prävalenz des diagnostizierten Diabetes von etwa sechs Prozent. Dies ist eher konservativ geschätzt. Dazu kommen in der älteren Bevölkerung noch viele Betroffene, die nichts von ihrem Diabetes wissen. Es ist zu vermuten, dass die Zahl von Menschen mit Diabetes in dieser Bevölkerungsgruppe mit zunehmendem Alter ansteigt.

Versorgungslage diabetischer Migranten

Es ist nicht bekannt, wie viele Migranten mit Diabetes an Schulungen teilnehmen, wie regelmäßig sie den HbA_{1c} bestimmen lassen oder auf Folgeerkrankungen untersucht werden. Auch ist unbekannt, in welchem Umfang Blutzuckerselbstkontrollen und Dokumentationen stattfinden. Aus Daten der Routinestatistiken ist bekannt, dass nicht deutsche Bürger seltener an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen – etwa an Schwangerschaftsvorsorge, der Kindervorsorge, Herz-Kreislauf- und Krebsvorsorgeprogrammen. Es ist daher zu vermuten, dass Migranten auch weniger an diabetes-spezifischen Präventions- und Schulungsmaßnahmen teilnehmen. Einzelne, wenn auch nicht repräsentative Untersuchungen und Beobachtungen legen nahe, dass auch die Einstellung des Diabetes ungünstiger ist: Eine Studie in der türkischen Bevölkerung in Frankfurt ergab: Bei über 70 Prozent der Untersuchten lag der HbA_{1c} über 7,0 Prozent. 45 Prozent hatten Blutdruckwerte über 140/80 mmHg. Auch bei Typ-1-diabetischen Kindern und Jugendlichen fand sich eine ungünstige Stoffwechselsituation. Auf Basis der Daten des DPV-Programms wurde bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund ein schlechterer HbA_{1c}-Wert gefunden. Klinikaufenthalte waren bei den Kindern häufiger als bei deutschen Kindern und Jugendlichen. Eine aktuelle Untersuchung analysiert spezifisch die Situation von Kindern mit türkischem Migrationshintergrund. Hier fanden sich erneut Unterschiede im Behandlungsmuster wie auch in den Outcomes.

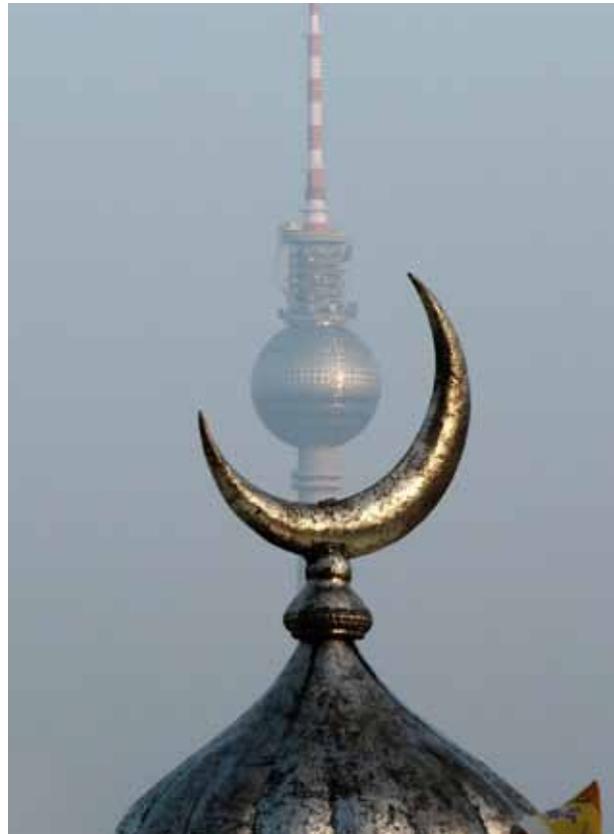
Woraus resultieren die Probleme?

Zunächst gehört vermutlich ein überproportional hoher Anteil von Migranten eher sozial benachteiligten Gruppierungen an. Diese Gruppen zeigen auch in der deutschen Bevölkerung meist eine niedrigere Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten und eine ungünstigere gesundheitliche Situation. Eine besondere Rolle spielt die Sprache – dies gilt vor allem bei einer Erkrankung wie Diabetes, bei der Beratung und Schulung von großer Bedeutung sind. Darüber hinaus existieren in verschiedenen Kulturen unterschiedliche Krankheitsverständnisse.

Daher werden Krankheitssymptome unter Umständen anders interpretiert und dargestellt, was zu Verständnisproblemen führen kann – auch ohne Sprachbarriere. In einer Umfrage der Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten der DDG bei 40 Diabetesberaterinnen und -beratern und diabetologisch tätigen Ärztinnen und Ärzten verdeutlicht das. Insbesondere Sprachprobleme wurden genannt, aber auch ein unterschiedliches Krankheitsverständnis, unterschiedliche Bildungsniveaus, Lebens- und Essgewohnheiten sowie gemindertes Vermögen und Bereitschaft, eine flexible Insulintherapie und die notwendigen Stoffwechselfestkontrollen und deren Dokumentation durchzuführen.

Initiativen und Projekte

Seit einigen Jahren findet das Thema Diabetes bei Migranten zunehmend Beachtung. 2001 erschien die „Neuenahrer Erklärung zur Versorgung von an Diabetes erkrankten Migranten“ der Arbeitsgemeinschaft Psychologie und Verhaltensmedizin der Deutschen Diabetes Gesellschaft. 2002 gründete sich die „Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten“ der DDG. Gefordert werden eine verbesserte Versorgungsforschung, Versorgungsmodelle sowie die Berücksichtigung von Migranten in Disease-Management-Programmen. Muttersprachliche, dem Bildungsstand und den Lebensgewohnheiten angepasste Schulungs- und Behandlungsangebote sollten bereitgestellt, interkulturelle Inhalte in die Ausbildung der Diabetesberaterinnen aufgenommen und biculturelles Personal gefordert werden. Zudem sollten Netzwerke und Kontakte zu Selbsthilfeorganisationen und Fachgesellschaften der Ursprungsländer entstehen und gepflegt werden. Die Arbeitsgemeinschaft hat aktuell sieben Projektgrup-



pen gebildet. Mittlerweile ist Einiges auf den Weg gebracht. Eine Reihe von Behandlungseinrichtungen bietet fremdsprachliche Schulungen an (www.ddg.info/zertifizierte-arztpraxenkliniken). Es gibt bereits Dolmetscherdienste und Informationsmaterial in Fremdsprachen. Als erstes Schulungsprogramm steht das Medias-II-Programm in türkischer Sprache zur Verfügung. In vielen Orten haben sich regionale Netzwerke gebildet. Weitere Anstrengungen sind erforderlich, um Barrieren zu überwinden und von Diabetes betroffenen Migranten Zugang zu bestmöglicher Versorgung zu gewähren.



Oliver Razum,
Dekan, Fakultät für
Gesundheitswissen-
schaften, Universität
Bielefeld



Andrea Icks,
Leiterin Funktions-
bereich Public Health,
Heinrich-Heine-Uni-
versität Düsseldorf



Bernd Kulzer,
Psychologischer
Psychotherapeut,
Diabetes-Zentrum
Bad Mergentheim

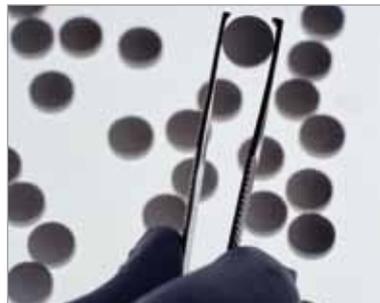
DDG-Stellungnahmen 2013

Auswahl aus den Stellungnahmen der DDG



DDG gegen Saxagliptin-Urteil: formales Vorgehen gefährdet Menschen mit Diabetes

Für falsch hält die DDG die Entscheidung zur Fixkombination aus Saxagliptin und Metformin: Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hatte den Tabletten abgesprochen, Patienten einen zusätzlichen Nutzen gegenüber Sulfonylharnstoffen, kombiniert mit Metformin, zu bieten. Dieser Beschluss beruht jedoch auf rein formalen Kriterien, riskiert Unterzuckerungen und ignoriert weltweit anerkannte Standards. Das IQWiG hatte vom Hersteller gefordert, Saxagliptin mit Glibenclamid und Glimperid zu vergleichen, jeweils in Kombitherapie mit Metformin. Die stattdessen gelieferten Vergleichsstudien mit Glipizid erkannte es nicht an. Dies geht jedoch an der Realität vorbei. Denn Glipizid ist der weltweit gebräuchlichste Sulfonylharnstoff, Glibenclamid hingegen in vielen Ländern nicht mehr auf dem Markt. Entschieden der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) aufgrund des IQWiG-Urteils gegen einen Zusatznutzen, werden die Krankenkassen die Kosten für das Medikament nicht mehr erstatten. (Februar 2013)



DDG kritisiert G-BA-Beschluss zu Linagliptin

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) entschied im Februar 2013, dass der DPP-4-Hemmer Linagliptin keinen Zusatznutzen gegenüber Sulfonylharnstoffen bietet. Die DDG verurteilt dies: Die Entscheidung ist wissenschaftlich nicht nachvollziehbar und gefährdet die Therapiesicherheit von Menschen mit Typ-2-Diabetes. Sollten politische Entscheidungen die DPP-4-Inhibitoren vom deutschen Markt verdrängen, befürchtet die DDG therapeutische Einbußen. Tausende Diabetespatienten müssten auf die Vorteile dieser Medikamente verzichten und auf Sulfonylharnstoffe umgestellt werden. Damit steige die Gefahr von Unterzuckerungen. Das sei für Betroffene, aber auch für Ärzte völlig inakzeptabel. Darüber hinaus könnte Deutschland als Standort für wissenschaftlichen und klinischen Fortschritt an Attraktivität verlieren: Linagliptin ist in Deutschland entwickelt worden und wird hier auch für den Weltmarkt produziert. (März 2013)



DDG zur Pankreas-sicherheit inkretinbasierter Medikamente

Die DDG äußert sich zu dem Verdacht, dass Menschen mit Diabetes unter inkretinbasierten Medikamenten ein vermehrtes Wachstum von Pankreaszellen riskieren und ein erhöhtes Risiko für ein Pankreas-Karzinom eingehen. Dies zu prüfen beauftragt die DDG den Pankreas-Experten Professor Günther Klöppel aus Kiel. Seine Analyse zeigt, dass die Daten aus der Klinik zu heterogen, die Methodik zu ungenau, die Interpretation zu spekulativ und die Diskussion der Literatur zu wenig umfassend ist, um aus den Befunden Entsprechendes abzuleiten. Angesichts weiterer Studien stellen FDA und EMA fest, dass ein kausaler Zusammenhang hier nicht besteht. Das Thema muss eingehender untersucht werden. Pankreatitis wird weiterhin als assoziierte Nebenwirkung inkretinbasierter Therapien betrachtet. FDA und EMA sind sich einig, dass die aktuellen Fach- und Produktinformationen der Medikamente den aktuellen Kenntnisstand angemessen abbilden. Dieser Einschätzung schließt sich die DDG an. (März 2013)



Standard für Anträge zur Kostenübernahme des kontinuierlichen Glukose-Monitorings

Mit den neuen Sensoren lässt sich der Zuckerverlauf von Menschen mit Diabetes Typ 1 kontinuierlich messen. Die Kassen tragen die Kosten für Geräte und Sensoren nur in Einzelfällen. Die Arbeitsgemeinschaft Diabetologische Technologie der DDG hat deshalb in Zusammenarbeit mit weiteren Experten einen standardisierten CGM-Antrag entwickelt, der die Beantragung eines CGM-Systems vereinfachen soll. Wichtig für den Erfolg eines Antrags ist die Dokumentation der bisherigen Bemühungen um eine Stoffwechselkontrolle. DDG und diabetesDE – Deutsche-Diabetes-Hilfe und die Patientenorganisation Deutsche Diabetes-Hilfe – Menschen mit Diabetes (DDH-M) unterstützen die Einführung und Nutzung des neuen Antrages und stellen ihn Nutzern auf der Homepage zur Verfügung. (Mai 2013)



Ausschuss Soziales der DDG zur Fahreignung bei Diabetes

Im Januar 2013 sind Neuregelungen zum Führerschein in Kraft getreten. Sie halten auch fest, ob und unter welchen Voraussetzungen Menschen mit Diabetes am Straßenverkehr teilnehmen dürfen. Allerdings gilt dies bereits seit 2010: Ein Patient mit Diabetes ist nicht (mehr) zur Führung eines Kraftfahrzeuges geeignet, wenn er innerhalb von zwölf Monaten mehr als eine schwere Unterzuckerung erlitten hat und auf Fremdhilfe angewiesen war. Das meint: eine schwere Stoffwechselentgleisung, die der Betroffene nicht mehr aus eigener Kraft beheben beziehungsweise behandeln kann. Dies entspricht der bereits geltenden Rechtslage. Behandler müssen Patienten darauf hinweisen. Die Fahreignung von Menschen mit Diabetes steht also nicht generell infrage. Fahrtauglichkeit liegt vor, wenn Unterzuckerungen rechtzeitig und zuverlässig erkannt werden. Dies kann durch ein Hypoglykämiewahrnehmungstraining (BGAT), Therapieänderung, neue Medikationen oder Insuline erreicht werden. (Mai 2013)



DDG fordert Gesundheitsministerium auf: G-BA-Beschluss zu Dapagliflozin stoppen

Die DDG appelliert in einer Stellungnahme an das Bundesgesundheitsministerium, den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gegen das Diabetesmedikament Dapagliflozin zu beanstanden. Der G-BA hatte dem ersten zugelassenen Medikament aus der Gruppe der SGLT-2- (sodium-glucose linked transporter2) Hemmer am 6. Juni 2013 einen therapeutischen Zusatznutzen abgesprochen. SGLT-2-Hemmer senken den Blutzucker durch Zuckerausscheidung über den Urin. Doch Studien belegen, dass unter Dapagliflozin weniger schwere Unterzuckerungen auftreten als bei einer Therapie mit Sulfonylharnstoffen. Das Vermeiden schwerer Unterzuckerungen ist deshalb für Patienten ein sehr wichtiger Zusatznutzen. Zudem zweifelt die DDG die Legitimität der G-BA-Entscheidung aufgrund deutlicher Verfahrensmängel an. (Juni 2013)

diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe

Mit „Diabetes STOPPEN – jetzt!“ Bewegung in die Diskussion gebracht

2013 war ein Jahr der Herausforderungen. Für eine Organisation, die politische Interessenvertretung und breite Öffentlichkeitsarbeit als oberste Ziele hat, ist ein Jahr mit einer Bundestagswahl Hauptsaison. Angesichts der Tatsache, dass 18 von 28 europäischen Ländern einen Nationalen Diabetesplan haben, Deutschland aber nicht, mussten wir mit aller Macht versuchen, Diabetes als gesamtgesellschaftliches Problem in die Köpfe und Herzen der Politiker zu bekommen, um eine Chance zu haben, Diabetes als Indikationsfeld im Koalitionsvertrag zu verankern. Daher haben wir im März 2013 mit Beteiligung der DDG, dem VDBD und der DDH-M die Kampagne „Diabetes STOPPEN – jetzt!“ ins Leben gerufen, die die Forderung nach einem Nationalen Diabetesplan als Hauptziel hat. Bei Bundestagswahlen sind Politiker bereit, in den Dialog mit den Wählern zu treten, denn sie wollen schließlich wiedergewählt werden. Und 6 Mio. Menschen mit Diabetes sind viele Wähler. Diese Chance des Dialogs wollten wir nutzen und haben alle Mitglieder, aber auch über diverse Medien alle anderen Interessierten, aufgerufen, sich Termine bei ihren Wahlkreisabgeordneten zu machen, um sie mit den drei gesundheitspolitischen Hauptforderungen „Bestmögliche Versorgung sichern“, „Gesunden Lebensstil fördern“ und „Selbsthilfe stärken“ zu konfrontieren.

Politisches Campaigning salonfähig gemacht

Auf der Kampagnenwebsite www.diabetes-stoppen.de konnte man seinen Wahlkreisabgeordneten um einen Termin bitten, ihm direkt einen Brief mit den gesundheitspolitischen Forderungen schreiben, oder ein Unterstützer-Foto hochladen. Hierfür wurde das Symbol der Kampagne, ein weißer Handschuh mit Blutstropfen, wiederholt eingesetzt. Alle Maßnahmen wurden mit großem Erfolg wahrgenommen: Insgesamt wurden 203 von 620 Bundestagsabgeordneten direkt kontaktiert, über 70 persönliche Gespräche mit Politikern aller Parteien fanden statt und weit über 250 Fotos wurden hochgeladen. Viele prominente Unterstützer waren spontan bereit, für ein Handschuhfoto zu posieren. Teilweise wurden die gesundheitspolitischen Forderungen fast wörtlich in die Wahlprogramme der Parteien aufgenommen (die Linke und die Grünen), teilweise die Forderung nach dem Nationalen Diabetesplan unterstrichen (SPD). Aber auch bei den anderen

Parteien CDU/CSU und FDP wurde das Indikationsfeld im Vorfeld der Bundestagswahl anders beleuchtet und diskutiert als in den Jahren zuvor. Und selbst auf EU-Ebene wurde die Kampagne vom EU-Präsidenten Martin Schulz kommentiert.

Post für die Kanzlerin

Auf Bundesebene fand die Kampagne ebenfalls große Beachtung. Interessierte konnten sich an der Postkartenaktion für die Bundeskanzlerin beteiligen. Drei Motive standen zur Auswahl: „Zucker ist nicht süß“, „Blut lügt nicht“ und „Bis dass der Tod uns scheidet“. Alle drei Motive symbolisierten, dass Diabetes alles andere als die in der Gesellschaft als harmlose „Zuckerkrankheit“ wahrgenommene Stoffwechselerkrankung ist, sondern eine komplexe chronische Krankheit mit vielen Folgeerkrankungen. 50 000 Postkarten wurden gedruckt, kartonweise im Kanzleramt angeliefert, und auch digital wurden über 1000 Karten an die Bundeskanzlerin versendet. Im Kanzleramt wurde man mehr und mehr auf die Kampagne aufmerksam, in insgesamt vier Schreiben dankte man uns für unser Engagement und lud uns zu einem Gespräch ins Kanzleramt zu der Abteilung Gesundheitspolitik ein. Allen Vorbehalten zum Trotz wurde die Kampagne als sympathisch und sachlich und nicht zu aggressiv eingestuft.



Kampagnen-Postkarten

Kampagne ein Erfolg

Die Kampagne war sowohl intern als auch extern ein großer Erfolg. Intern erzeugte sie unter den insgesamt mittlerweile 27.000 Mitgliedern von diabetesDE erstmals ein „Wir-Gefühl“, so wurden z. B. zusammen mit den niedergelassenen Diabetologen 6.000 Unterschriften von Patienten gegen Therapieeinschränkungen gesammelt, die nach einer Demonstration durch das Berliner Regierungsviertel im

Bundesgesundheitsministerium überreicht wurden. Aber auch extern erzielte die Resonanz von Politik und Medien deutlich, dass die Kampagne Wirkung. Allein durch die Kampagne konnte eine Medienberichterstattung von 50 Mio. Leserreichweite generiert werden und die Social Media Kontakte auf 4.000 Fans (Facebook) und 4.500 Follower (Twitter) gesteigert werden. Auch der virale Kampagnenspot über einen Bundestagsabgeordneten, der das Problem einfach negiert, kam gut an und wurde über 10.000-mal gesehen.

Bundestagsvizepräsident bei der Gala

„Diabetes STOPPEN – jetzt!“ zog sich auch als zentrale Botschaft durch die 3. Diabetes-Charity-Gala. Der Fraktionsvizevorsitzende der CDU/CSU-Fraktion und Bundestagsvizepräsident, Johannes Singhammer, hielt das Grußwort und versprach, Diabetes im Präventionsgesetz neu zu verankern. Auch wenn das nicht ausreichen wird, und wir trotzdem den Nationalen Diabetesplan weiter fordern werden, zeigt diese Reaktion, dass das Thema Diabetes endlich in den Köpfen der Politiker angekommen ist und wir von der Politik ernst genommen werden.

Fazit

- 1/3 der Abgeordneten des Deutsche Bundestages wurden erreicht
- Politische Auseinandersetzung mit unseren Forderungen erwirkt
- Diabetes ist unter Abgeordneten zum Thema geworden
- Erstmals parteiübergreifend Befürworter im Bundestag für Nationalen Diabetesplan: (Dietrich Monstadt (CDU), Renate Künast (Bündnis 90/Die Grünen), Dr. Carola Reimann (SPD))
- „Sympathieangriff“, augenzwinkernder Humor als Stilmittel (Postkarten, Handschuhe, Spot, Merkel-Masken)
- Erstmals Kontakt zum Kanzleramt, erstmals Politiker bei der Gala
- Hohe Medienreichweite, bessere Platzierung bei Google-Suche, mehr Facebook-Freunde u. Twitter-Follower
- diabetesDE ist kampagnenfähig, kann Mitglieder mobilisieren
- diabetesDE hat nach innen und außen und auch gegenüber der Politik an Glaubwürdigkeit, Wahrnehmung, Renommee und politischer Bedeutung gewonnen

Ausblick 2014

So groß der Erfolg der Kampagne auch war: Das Indikationsfeld Diabetes hat es dennoch nicht in den Koalitionsvertrag geschafft. Die neuen Ansprechpartner im Bundesgesundheitsministerium, die Wahl des EU-Parlaments und drei bevorstehende Landtagswahlen sowie der High-Level-Review-Prozess zur nationalen Aktivität gegen nicht übertragbare Krankheiten auf UN/WHO-Ebene haben uns veranlasst, die Kampagne „Diabetes STOPPEN – jetzt!“ 2014 fortzusetzen. Neue Postkarten werden diesmal an Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe gehen und auf der Fanmeile in Berlin zur Fußball-WM werden ein Megaposter und Spots auf die Kampagne aufmerksam machen.

Ein weiterer Fokus von diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe wird für 2014 sein, neue Fundraising-Quellen aus dem Bereich der Nicht-Pharma-Industrie zu erschließen.

Die Autorin ist Geschäftsführerin der Deutschen Diabetes-Hilfe



Brief des Präsidenten des EU-Parlaments Martin Schulz

Bilanz

Aktiva	31.12.2013	31.12.2012
	€	€
A. Anlagevermögen		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände		
Entgeltlich erworbene Konzessionen, gewerbliche Schutzrechte und ähnliche Rechte und Werte sowie Lizenzen an solchen Rechten und Werten	28.386,50	62.017,50
II. Sachanlagen		
Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	32.058,30	44.216,64
III. Finanzanlagen		
Wertpapiere des Anlagevermögens	2.573.387,50	2.414.225,00
	2.633.832,30	2.520.459,14
B. Umlaufvermögen		
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände		
1. Forderungen aus Lieferungen und Leistungen	32.562,50	28.420,00
– davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)		
2. Sonstige Vermögensgegenstände	80.342,94	67.847,05
– davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 0,00 EUR (Vorjahr 0,00 EUR)		
	112.905,44	96.267,05
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	197.513,99	404.136,04
C. Rechnungsabgrenzungsposten	275.310,00	145.380,00
Summe Aktiva	3.219.561,73	3.166.242,23

Passiva	31.12.2013	31.12.2012
	€	€
A. Eigenkapital		
I. Ergebnismrücklagen	2.584.290,31	2.506.860,13
II. Jahresüberschuss/-fehlbetrag	77.430,18	-118.933,55
III. Einstellung	-77.430,18	118.933,55
	2.584.290,31	2.506.860,13
B. Sonderposten aus Zuwendungen zur Finanzierung des Sachanlagevermögens	0,50	0,50
C. Rückstellungen		
1. Steuerrückstellungen	2.500,00	2.500,00
2. Sonstige Rückstellungen	150.500,82	102.136,40
	153.000,82	104.636,40
D. Verbindlichkeiten		
1. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	58.831,17	89.675,96
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr 58.831,17 EUR (Vorjahr 89.675,96 EUR)		
2. Sonstige Verbindlichkeiten	7.738,93	7.516,74
davon mit einer Restlaufzeit von mehr als einem Jahr 7.738,93 EUR (Vorjahr 7.516,74 EUR)		
	66.570,10	97.192,70
E. Passive Rechnungsabgrenzungsposten	415.700,00	457.552,50
Summe Passiva	3.219.561,73	3.166.242,23

Gewinn- und Verlustrechnung

	2013	2012
	€	€
1. Umsatzerlöse	1.883.306,04	1.748.540,18
2. Sonstige betriebliche Erträge	738.086,02	682.157,25
Summe der betrieblichen Erträge	2.621.392,06	2.430.697,43
3. Materialaufwand		
a) Aufwendungen für Roh-, Hilfs- und Betriebsstoffe und für bezogene Waren	5.357,87	4.120,43
b) Aufwendungen für bezogene Leistungen	816.384,94	729.358,84
	821.742,81	733.479,27
4. Personalaufwand		
a) Löhne und Gehälter	449.003,29	392.240,93
b) Soziale Abgaben und Aufwendungen für Altersversorgung und für Unterstützung	76.424,80	69.643,40
davon aus Altersversorgung 9.999,96 EUR (Vorjahr 12.351,96 EUR)		
	525.428,09	461.884,33
	-1.347.170,90	-1.195.363,60
Zwischenergebnis	1.274.221,16	1.235.333,83
5. Abschreibungen auf immaterielle Vermögensgegenstände des Anlagevermögens und Sachanlagen		
Abschreibungen auf Sachanlagen	50.128,40	100.909,99
6. Sonstige betriebliche Aufwendungen	1.214.686,97	1.322.411,83
Zwischenergebnis	9.405,79	-187.987,99
7. Sonstige Zinsen und ähnliche Erträge	78.208,00	71.560,44
8. Abschreibungen auf Finanzanlagen	4.102,50	0,00
9. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	10,00	0,00
10. Ergebnis der gewöhnlichen Geschäftstätigkeit	83.501,29	-116.427,55
11. Steuern vom Einkommen und vom Ertrag	6.071,11	2.506,00
12. Jahresüberschuss/-fehlbetrag	77.430,18	-118.933,55
13. Entnahme aus der/Einstellung in die Ergebnisrücklage	-77.430,18	118.933,55
14. Bilanzergebnis	0,00	0,00

Einnahmen-Ausgaben-Rechnung

Ausgaben	2013	2012	Veränderung	
1. Wissenschaftsförderung und Leitlinien	€	€	€	%
1.1 Preise und Projektförderung	340.457,00	367.942,00	-27.485,00	7,5
1.2 Wissenschaftliche Zeitschriften	82.983,93	93.217,55	-10.233,62	11,0
1.3 Leitlinien	19.495,95	30.566,65	-11.070,70	36,2
1.4 Mitgliedsbeiträge AWMF u.a.	18.217,00	17.650,00	+567,00	3,2
1.5 Gremienarbeit	51.929,85	67.475,33	-15.545,48	23,0
Summe Wissenschaftsförderung und Leitlinien	513.083,73	576.851,53	-63.767,80	11,1
2. Weiterbildung/Zertifizierung				
2.1 Weiterbildung Diabetologie DDG	197.291,07	230.304,78	-33.013,71	14,3
2.2 Weiterbildung Diabetesberater DDG	552.500,00	482.730,00	+69.770,00	14,5
2.3 Gebühren Gutachter Zertifizierung	16.349,30	11.018,00	+5.331,30	48,4
Summe Fortbildung/Weiterbildung/ Zertifizierung	766.140,37	724.052,78	+42.087,59	5,8
3. Kommunikation und Mitgliederbetreuung				
3.1 Medienarbeit/Internet	85.644,82	95.133,69	-9.488,87	10,0
3.2 Mitgliederbetreuung	24.445,82	23.336,42	+1.109,40	4,8
Summe Kommunikation und Mitgliederbetreuung	110.090,64	118.470,11	-8.379,47	7,1
4. Unterstützung diabetesDE e. V.	450.000,00	480.000,00	-30.000,00	6,3
5. Personalkosten				
5.1 Gehälter	381.181,84	352.761,81	+28.420,03	8,1
5.2 Personalnebenkosten	67.519,26	63.410,61	+4.108,65	6,5
5.3 Sonstiges	73.199,00	49.909,75	+23.289,25	46,7
Summe Personalkosten	521.900,10	466.082,17	+55.817,93	12,0
6. Verwaltung				
6.1 Büromiete und Nebenkosten	36.428,64	32.709,54	+3.719,10	11,4
6.2 Büroausstattung und -material	12.138,93	11.383,98	+754,95	6,6
6.3 Telefon/Telefonkonferenzen	3.274,17	3.925,14	+605,97	16,6
6.4 Laufende EDV-Kosten	43.148,34	26.205,87	+16.942,47	64,7
6.5 Reisekosten/Bewirtung	13.889,07	17.396,60	-3.507,53	20,2
6.6 Beratung	27.708,78	23.115,56	+4.593,22	19,69
6.7 Sonstiges	16.168,04	15.401,07	+766,97	5,0
Summe Verwaltung	152.755,97	130.137,76	+22.618,21	17,4
7. Investitionen				
7.1 EDV/Software	0,00	46.344,55	-46.344,55	-
7.2 Betriebs- und Geschäftsausstattung	4.339,06	19.307,55	-14.968,49	-
Summe Investitionen	4.339,06	65.652,10	-61.313,04	-
8. Sonstige Kosten				
8.1 Rückstellungen	43.400,00	0,00	+43.400,00	-
Summe sonstige Kosten	43.400,00	0,00	+43.400,00	-
9. Freie Position	0,00	0,00	0,00	-
Ausgaben gesamt	2.561.709,87	2.561.246,45	+463,42	0,0
Einnahmen	2013	2012	Veränderung	
10. Einnahmen	€	€	€	%
10.1 Mitgliedsbeiträge	734.701,50	717.479,00	+17.222,50	2,4
10.2 Kursgebühr Fortbildung Diabetologie DDG	309.770,00	293.050,00	+16.720,00	5,7
10.3 Anerkennung Behandlungseinrichtungen	83.900,00	81.700,00	+2.200	2,7
10.4 Kursgebühr Weiterbildung Diabetesberater DDG	609.422,50	485.111,00	+124.311,50	25,6
10.5 Gebühren Diabetesassistenten DDG, AG Fuß	10.514,59	9.499,79	+1.014,80	10,7
10.6 Erlöse Provisionen Zeitschriften	57.050,04	55.417,89	+1.632,15	2,9
10.7 Spenden und Sponsoring	113.353,90	109.538,73	+3.815,17	3,5
10.8 Frühjahrstagung	475.000,00	400.000,00	+75.000,00	18,8
10.9 Herbsttagung	168.500,00	144.500,00	+24.000	16,6
10.10 Sonstige Einnahmen	125.641,86	127.362,94	-1.721,08	1,4
Einnahmen gesamt	2.687.854,39	2.423.659,35	+264.195,04	10,9
Überschuss	126.144,52	-137.587,10	+263.731,62	
Wesentliche zahlungsunwirksame Vorgänge	-48.714,34	+18.653,55	-67.367,89	
Ergebnis der Gewinn- und Verlustrechnung	+77.430,18	-118.933,55	+196.363,73	

Erläuterungen zu wesentlichen Veränderungen _____

Mit diesem Geschäftsbericht legt die DDG den nach dem Handelsgesetzbuch aufgestellten und freiwillig geprüften Jahresabschluss vor. Außerdem fügen wir zur größeren Transparenz die interne Controlling- (Einnahmen – Ausgaben) Rechnung bei.

Die Ausgaben für Wissenschaftsförderung und Leitlinien haben sich um 64 T€ auf 513 T€ (Vorjahr 577 T€) verringert. Der Rückgang bezieht sich besonders auf den Bereich Preise und Projektförderung, in dem 27 T€ bzw. 7,5% nicht ausgeschöpft wurden.

Die Ausgaben für Weiterbildung und Zertifizierung haben sich, dem Trend der letzten Jahre folgend, gegenüber dem Vorjahr erhöht (+42 T€). Ursächlich hierfür sind die gestiegenen Teilnehmerzahlen, die zu erhöhten Aufwendungen, aber auch zu entsprechenden Einnahmen geführt haben. Maßnahmen der Fort- und Weiterbildung werden ausschließlich aus den Teilnehmergebühren finanziert. Es gibt keinerlei Finanzierung durch die Industrie.

Die Personalkosten nahmen gegenüber dem Vorjahr um 56 T€ auf 522 T€ zu, da eine neue Stelle geschaffen wurde.

Im Bereich der Verwaltung sind die Ausgaben um 23 T€ gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Dies ist im Wesentlichen durch den Anstieg im Bereich der laufenden EDV-Kosten (+17 T€) begründet.

Die Investitionen sind gegenüber dem Vorjahr um 61 T€ zurückgegangen. Im Jahr 2012 wurde eine Zertifizierungs-Datenbank angeschafft, in der erstmalig alle Zertifizierungen und Fortbildungen einheitlich zusammengefasst werden und zugänglich sind. Im Jahr 2013 kam es lediglich zu kleineren Anschaffungen (4 T€).

Die Gesamteinnahmen haben sich gegenüber dem Vorjahr um 264 T€ auf 2.688 T€ erhöht. Der Anstieg der Einnahmen verteilt sich auf nahezu alle Bereiche. Die Einnahmen aus der Frühjahrs-tagung haben sich gegenüber dem Vorjahr um 75 T€ auf 475 T€ erhöht, aus der Herbsttagung konnten sie um 24 T€ auf 169 T€ gesteigert werden. Die Einnahmen aus den Kursgebühren Weiterbildung Diabetesberater DDG haben sich um 124 T€ erhöht, da 2013 ein Kurs mehr stattgefunden und sich die Teilnehmerzahl je Kurs erhöht hat. Daneben stiegen auch die Kurseinnahmen für die Fortbildung Diabetologie DDG um 17 T€ auf 310 T€.

Der negative Überschuss des Vorjahres in Höhe von 138 T€ konnte deutlich um 264 T€ auf ein positives Ergebnis von 126 T€ verbessert werden. Nach Berücksichtigung der zahlungsunwirksamen Vorgänge (Abschreibungen) schließt die Gewinn- und Verlustrechnung mit einem Gewinn in Höhe von 77 T€ ab. Die Ergebnismrücklagen haben sich auf 2.584 T€ erhöht.

Die Finanzlage der Gesellschaft ist weiterhin sehr stabil. Es sind liquide Mittel in Höhe eines Jahresbudgets vorhanden.

Bestätigungsvermerk des Abschlussprüfers

An die Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V., Berlin

Wir haben den Jahresabschluss – bestehend aus Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung – unter Einbeziehung der Buchführung des Deutsche Diabetes Gesellschaft e. V., Berlin, für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2013 geprüft. Die Buchführung und die Aufstellung des Jahresabschlusses nach den deutschen handelsrechtlichen Vorschriften für alle Kaufleute liegen in der Verantwortung der gesetzlichen Vertreter des Vereins. Unsere Aufgabe ist es, auf der Grundlage der von uns durchgeführten Prüfung eine Beurteilung über den Jahresabschluss unter Einbeziehung der Buchführung abzugeben.

Wir haben unsere Jahresabschlussprüfung nach § 317 HGB unter Beachtung der vom Institut der Wirtschaftsprüfer (IDW) festgestellten deutschen Grundsätze ordnungsgemäßer Abschlussprüfung vorgenommen. Danach ist die Prüfung so zu planen und durchzuführen, dass Unrichtigkeiten und Verstöße, die sich auf die Ordnungsmäßigkeit der Buchführung und den Jahresabschluss wesentlich auswirken, mit hinreichender Sicherheit erkannt werden.

Bei der Festlegung der Prüfungshandlungen werden die Kenntnisse über die Geschäftstätigkeit und über das wirtschaftliche und rechtliche Umfeld des Vereins sowie die Erwartungen über mögliche Fehler berücksichtigt. Im Rahmen der Prüfung werden die Wirksamkeit des rechnungslegungsbezogenen internen Kontrollsystems sowie Nachweise für die Angaben in Buchführung und Jahresabschluss überwiegend auf der Basis von Stichproben beurteilt. Die Prüfung umfasst die Beurteilung der angewandten Bilanzierungsgrundsätze und der wesentlichen Einschätzungen der gesetzlichen Vertreter sowie die Würdigung der Gesamtdarstellung des Jahresabschlusses. Wir sind der Auffassung, dass unsere Prüfung eine hinreichend sichere Grundlage für unsere Beurteilung bildet.

Unsere Prüfung hat zu keinen Einwendungen geführt. Nach unserer Beurteilung aufgrund der bei der Prüfung gewonnenen Erkenntnisse entspricht der Jahresabschluss den gesetzlichen Vorschriften.

Berlin, 13. Februar 2014

 **Solidaris**

Solidaris Revisions-GmbH
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft
Steuerberatungsgesellschaft
Zweigniederlassung Berlin

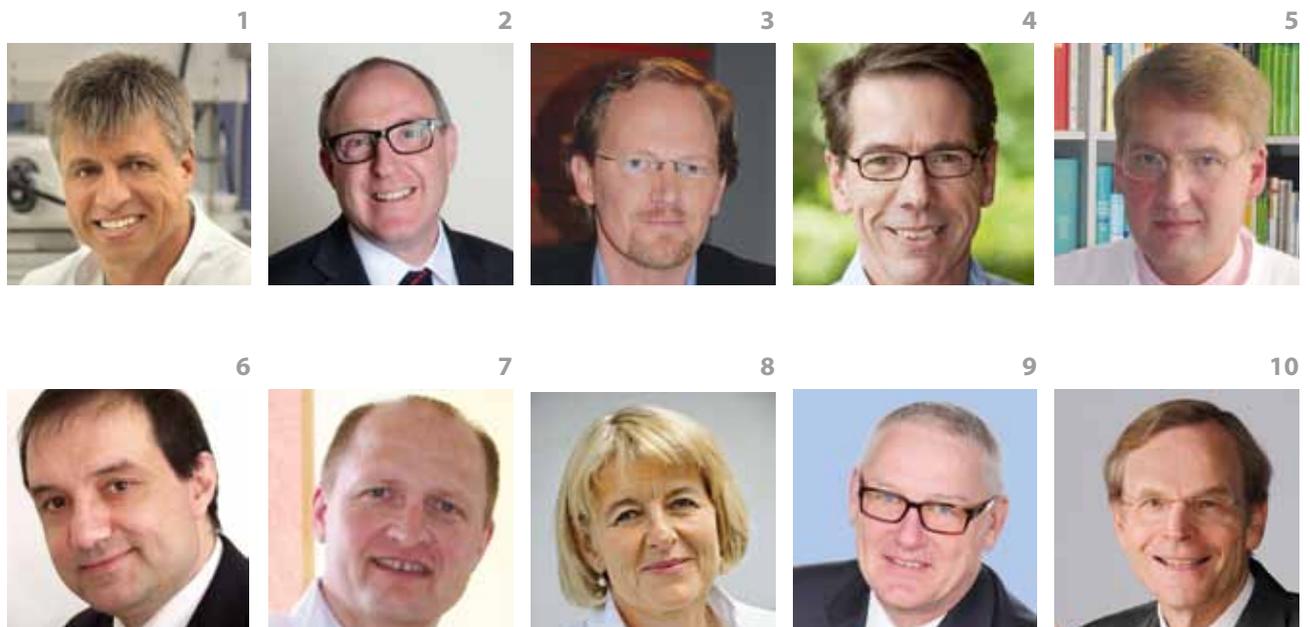


Ulrich Karl
Wirtschaftsprüfer



Joris Pelz
Wirtschaftsprüfer

Vorstand und Geschäftsführung —



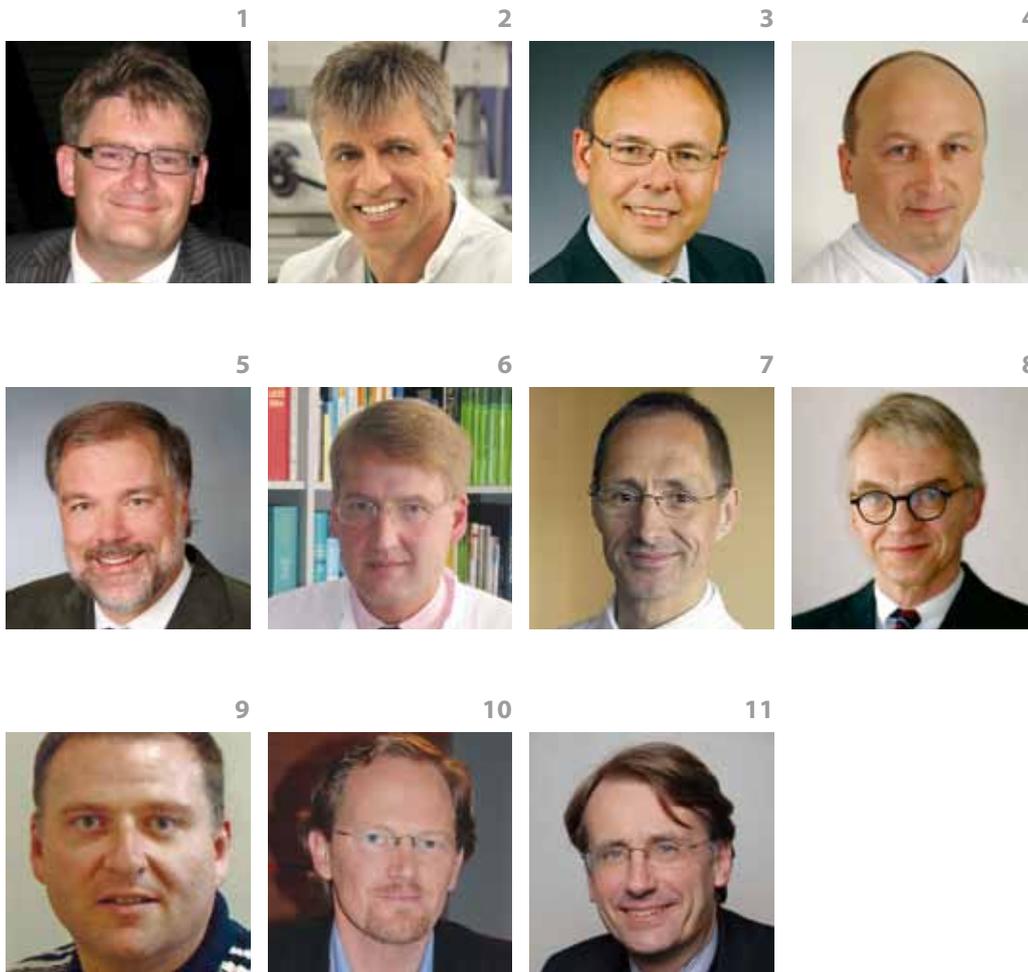
Vorstand DDG

- | | | |
|--|---|---|
| 1 PD Dr. Erhard Siegel
<i>Präsident</i> | 4 Dr. Ralph Ziegler
<i>Schatzmeister</i> | 7 Prof. Dr. Norbert Stefan
<i>Tagungspräsident 2015</i> |
| 2 Prof. Dr. Baptist Gallwitz
<i>Vizepräsident</i> | 5 Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch | 8 Prof. Dr. Anette-Gabriele Ziegler
<i>Tagungspräsidentin 2014</i> |
| 3 Prof. Dr. Andreas Hamann | 6 Prof. Dr. Andreas Fritsche | 9 Stephan Schreiber |

Geschäftsführung DDG

- 10 Dr. Dietrich Garlichs
Geschäftsführer

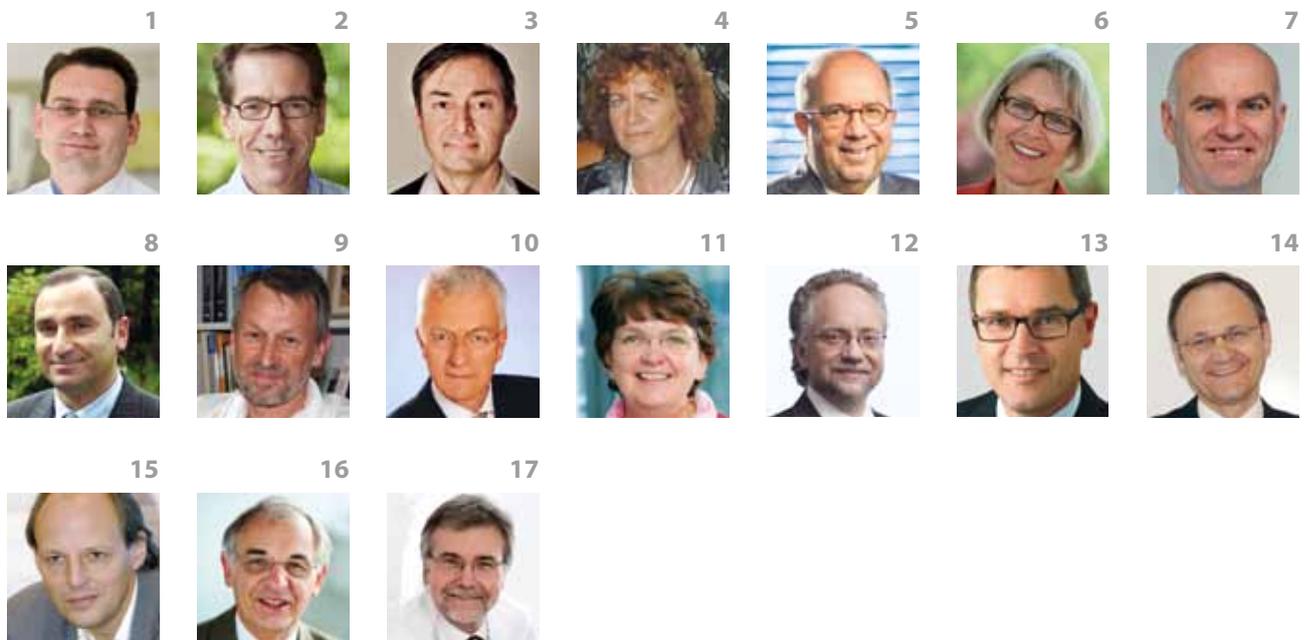
Ausschüsse und Kommissionen der DDG



Ausschüsse und Kommissionen

- | | | |
|---|--|---|
| 1 Rechtsanwalt Oliver Ebert
<i>Vorsitzender Ausschuss Soziales</i> | 5 Prof. Dr. Michael Nauck
<i>Vorsitzender Jury zur Förderung wissenschaftlicher Projekte</i> | 9 Prof. Dr. Markus Tiedge
<i>Vorsitzender Ausschuss „Conflict of Interest“</i> |
| 2 PD Dr. Erhard Siegel
<i>Vorsitzender Ausschuss Diabetologe DDG</i> | 6 Prof. Dr. Klaus-Dieter Palitzsch
<i>Vorsitzender Ausschuss Qualitätssicherung, Schulung und Weiterbildung</i> | 10 Prof. Dr. Andreas Hamann
<i>Vorsitzender Kommission Kongresse</i> |
| 3 Dr. Andreas Lueg
<i>Vorsitzender Ausschuss Diabetologe DDG</i> | 7 Prof. Dr. Andreas F. H. Pfeiffer
<i>Vorsitzender Ausschuss Ernährung</i> | 11 Prof. Dr. Dirk Müller-Wieland
<i>Vorsitzender Kommission Wissenschaftliche Stellungnahmen</i> |
| 4 Prof. Dr. Harald Klein
<i>Vorsitzender Ausschuss Pharmakotherapie des Diabetes</i> | 8 Dr. Alexander Risse
<i>Vorsitzender Kommission zur Einbindung der Apotheker in die Diabetikerversorgung</i> | |

Arbeitsgemeinschaften der DDG



Arbeitsgemeinschaften

- | | | |
|--|--|---|
| 1 Prof. Dr. Ralf Lobmann
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetischer Fuß</i> | 7 Dr. Dr. Andrej Zeyfang
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie</i> | 13 PD Dr. Michael Hummel
<i>Sprecher Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft</i> |
| 2 Dr. Ralph Ziegler
<i>Sprecher Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Diabetologie</i> | 8 Prof. Dr. Dan Ziegler
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Nervensystem</i> | 14 Prof. Dr. Stephan Jacob
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Herz</i> |
| 3 Dr. Batuhan Parmakerli
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Migranten</i> | 9 Dr. Peter Zimmer
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Sport</i> | 15 PD Dr. Dipl.-Psych. Bernhard Kulzer
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Psychologie</i> |
| 4 PD Dr. Ulrike Rothe
<i>Vorsitzende Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie</i> | 10 Prof. Dr. Klaus Badenhoop
<i>Sprecher Arbeitsgemeinschaft Molekularbiologie und Genetik des Diabetes</i> | 16 Prof. Dr. Rüdiger Landgraf
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Prävention des Diabetes mellitus Typ 2</i> |
| 5 Dr. Gerhard Klausmann
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft niedergelassener diabetologisch tätiger Ärzte</i> | 11 Irene Feucht
<i>Sprecherin Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie</i> | 17 PD Dr. K. D. Lemmen
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Auge</i> |
| 6 PD Dr. Ute Schäfer-Graf
<i>Sprecherin Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Schwangerschaft</i> | 12 Prof. Dr. Lutz Heinemann
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetologische Technologie</i> | |

Ohne Abbildung:

Dr. Christof Kloos, *Sprecher Arbeitsgemeinschaft für Strukturierte Diabetestherapie*

Prof. Dr. Gunter Wolf, *Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Niere*

Regionalgesellschaften der DDG



Regionalgesellschaften/Landesgruppen

- | | | |
|---|---|--|
| <p>1 PD Dr. Rainer Lundershausen
<i>Vorsitzender Thüringer
Gesellschaft für Diabetes und
Stoffwechselkrankheiten e. V.</i></p> | <p>5 Prof. Dr. Harald Klein
<i>Vorsitzender Nordrhein-
Westfälische Gesellschaft für
Endokrinologie & Diabetologie
e. V.</i></p> | <p>9 Prof. Dr. Karl-Michael Derwahl
<i>Vorsitzender Berliner Diabetes-
Gesellschaft e. V.</i></p> |
| <p>2 Dr. Bärbel Hirschhäuser
<i>Vorsitzende Arbeitskreis
„Diabetes“ im Saarländischen
Ärzteverband</i></p> | <p>6 Dr. Tobias Wiesner
<i>Vorsitzender Sächsische
Gesellschaft für Stoff-
wechselkrankheiten und
Endokrinopathien e. V.</i></p> | <p>10 Prof. Dr. Morten Schütt
<i>Vorsitzender Schleswig-
Holsteinische Gesellschaft für
Diabetes</i></p> |
| <p>3 Prof. Dr. Reinhard Holl
<i>Vorsitzender Arbeitsgemeinschaft
Diabetologie Baden-
Württemberg</i></p> | <p>7 Dr. Andreas Liebl
<i>Vorsitzender Fachkommission
Diabetes in Bayern (FKDB) e. V.</i></p> | <p>11 Dr. Michael Eckhard
<i>Vorsitzender Hessische
Fachvereinigung für Diabetes</i></p> |
| <p>4 Prof. Dr. Wolfgang Kerner
<i>Vorsitzender Verein der
Diabetologen Mecklenburg-
Vorpommern e. V.</i></p> | <p>8 Prof. Dr. Michael Nauck
<i>Vorsitzender Regional-
gesellschaft Niedersachsen/
Bremen</i></p> | <p>12 Prof. Dr. Matthias M. Weber
<i>Vorsitzender Arbeitsgemein-
schaft Diabetologie und Endo-
krinologie Rheinland-Pfalz e. V.</i></p> |
| | | <p>13 Dr. Jürgen Wernecke
<i>Hamburger
Gesellschaft für Diabetes e.V.</i></p> |

Ohne Abbildung:

Dr. Christian Franke, *Brandenburger Diabetes Gesellschaft e. V.*

Prof. Dr. Roland Willenbrock, *Vorsitzender Diabetesgesellschaft Sachsen-Anhalt e. V.*

Impressum

Herausgeber: Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)

Autoren: Anne-Katrin Döbler, Dagmar Arnold, Anke Nolte, Alexia Angelopoulou, Julia Hommrich

Redaktion: Pressestelle der Deutschen Diabetes Gesellschaft

Fotos/Illustrationen: DDG und privat, Thieme Verlagsgruppe, Corbis (Titelfoto), Alexia Angelopoulou (S. 15),

Gerhard Kassner (S. 9), Anna Rozkosny (S. 32, S. 33), Dirk Deckbar (S. 22, S. 23, S. 31), 6. Ausgabe der IDF Diabetes Atlas,

2013 (S. 24-25), BILD-Zeitung vom Freitag, 15. Mai 2009 (S. 29)

Layout & Satz: Banu Sensöz, Daniela Hartmann



1964 war nicht nur das Gründungsjahr der DDG, sondern insgesamt ein ereignisreiches Jahr. Zu dieser Zeit entstand auch das von Andy Warhol gemalte Bild „Turquoise Marilyn“ – eines seiner berühmtesten Bilder und der gesamten Pop Art überhaupt. Andy Warhol hat die 1962 verstorbene Marilyn Monroe immer wieder in unterschiedlichen Varianten und Farbkombinationen dargestellt. Diese Darstellung mit dem türkisfarbenen Hintergrund gehört zu den berühmtesten und mit 80 Millionen Dollar zu einer der wertvollsten. Es prägte das Bild der 60er-Jahre wie kaum ein anderes und führte gleichzeitig in eine von der Popkultur inspirierte neue Kunstrichtung.



Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG)
Reinhardtstraße 31
10117 Berlin
Tel.: 030 3116937-0
Fax: 030 3116937-20
E-Mail: info@ddg.info

www.ddg.info

